

Univerzita Karlova v Praze

Pedagogická fakulta

Katedra speciální pedagogiky

DIPLOMOVÁ PRÁCE

Zajištění logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních

Speech Therapy Provision for Seniors at Residential Care

Jana Horynová

Vedoucí práce: doc. PaedDr. Jiřina Klenková, Ph.D.

Studijní program: Speciální pedagogika

Studijní obor: Speciální pedagogika

2016

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci na téma Zajištění logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních vypracovala pod vedením vedoucí práce samostatně za použití v práci uvedených pramenů a literatury. Dále prohlašuji, že tato práce nebyla využita k získání jiného nebo stejného titulu.

V Praze dne 14. 4. 2016

.....

podpis

Tímto bych chtěla vyjádřit své upřímné poděkování paní doc. PaedDr. Jiřině Klenkové, Ph.D. za odborné vedení práce, její cenné rady a připomínky, trpělivost a vstřícnost. Velice děkuji také všem účastníkům mého výzkumu, kteří mi věnovali svůj čas a poskytli potřebné informace. V neposlední řadě bych chtěla poděkovat své rodině za její trpělivost a podporu po celou dobu mého studia.

V Praze, dne 14. 4. 2016

.....
podpis

ABSTRAKT

Tématem této diplomové práce je zajištění logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních. Práce je členěna na čtyři kapitoly, z nichž první tři jsou teoretické, čtvrtá kapitola praktická. První teoretická kapitola pojednává o stáří, definuje základní pojmy a charakterizuje stáří po stránce tělesné, duševní a sociální. Druhá kapitola je věnována problematice neurogenních poruch komunikace, jejich etiologii, symptomatologii, diagnostice a terapii. Třetí teoretická kapitola popisuje systém zdravotní a sociální péče o seniory v České republice s důrazem na systém poskytování logopedické intervence v resortech zdravotnictví a práce a sociálních věcí. Čtvrtá, empirická část je zpracována jako kvantitativní popisné šetření. Hlavní metodou sběru dat je dotazníkové šetření realizované v domovech pro seniory v České republice. Uvedený výzkum je doplněný o kvalitativní analýzu rozhovorů s logopedkami, které poskytují logopedickou intervenci v domovech pro seniory. Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda a jakým způsobem je zajištěna logopedická intervence u seniorů v domovech pro seniory. Jednotlivé subkapitoly empirické části představují výzkumné cíle a stanovené hypotézy, použité metody, vlastní zpracování kvantitativního i kvalitativního šetření, ověření stanovených hypotéz a závěry šetření s návrhy opatření.

KLÍČOVÁ SLOVA

domov pro seniory, logoped, logopedická intervence, narušená komunikační schopnost, neurogenní poruchy komunikace, senior, stáří, sociální služby

ABSTRACT

The topic of this diploma thesis is speech therapy provision for seniors at residential care. The thesis consists of four chapters, three of which are theoretical, the fourth chapter is practical. The first chapter describes the old age, it presents basic terminology and it characterises the old age from the point of view of physical, mental and social development. The second chapter is concentrated on the issue of neurological speech and language disorders, their etiology, symptomatology, diagnostics and therapy. The third theoretical chapter describes the system of health and social care of seniors in the Czech Republic with an accent on the system of speech therapy intervention within the resorts of health care and social care. The fourth chapter is the research one. It is developed as a quantitative descriptive research, using the technique of a questionnaire sent to nursing homes for seniors in the Czech Republic. The research is completed by qualitative analysis of dialogues with speech therapists that provide speech therapy at nursing homes for seniors. The main objective of the research was to find out, whether and how the speech therapy is provided to seniors at nursing homes in the Czech Republic. The subchapters of the practical part present the research goals, set hypotheses and the used methods, the analysis and processing of both the quantitative and qualitative research, verification of the set hypotheses and the conclusions.

KEY WORDS

communication disorder, neurological speech and language disorders, nursing home for seniors, old age, senior, social services, speech therapist, speech therapy

Obsah

1 Úvod.....	8
2 Stáří a stárnutí	10
2.1 Vymezení základních pojmů.....	10
2.2 Charakteristika stáří	12
2.2.1 Tělesné změny ve stáří.....	13
2.2.2 Změny psychických funkcí	14
2.2.3 Změny v oblasti socializace	15
2.2.4 Nejvýznamnější onemocnění ovlivňující funkční stav ve stáří.....	16
2.3 Stáří jako společenský fenomén.....	17
3 Narušená komunikační schopnost ve stáří	20
3.1 Afázie	20
3.2 Poruchy motorických řečových funkcí	24
3.2.1 Dysartrie/ anartrie	25
3.2.2 Řečová dyspraxie/ apraxie	27
3.3 Poruchy primárních funkcí orofaciálního traktu	28
3.3.1 Dysfagie	29
3.3.2 Orální dyspraxie/ apraxie	30
3.4 Poruchy kognitivně-komunikačních funkcí	30
4 Logopedická intervence v kontextu systému péče o seniory v České republice	35
4.1 Zdravotní péče o seniory.....	36
4.2 Sociální péče o seniory	37
4.2.1 Současné trendy v sociální péči o seniory.....	37
4.2.2 Legislativní úprava sociální péče	38
4.2.3 Pobytová zařízení pro seniory v České republice	41
4.3 Systém poskytování logopedické intervence v České republice.....	42
5 Zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory	44
5.1 Formulace cílů a hypotéz	44
5.2 Metody výzkumu	45
5.3 Charakteristika základního a výběrového souboru	46
5.4 Analýza a interpretace dat.....	48
5.4.1 Zastoupení respondentů podle krajů	48

5.4.2	Charakteristika respondentů z hlediska jejich pracovní pozice a délky praxe	49
5.4.3	Charakteristika sledovaných domovů pro seniory	52
5.4.4	Zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory	60
5.4.5	Důvody neposkytování logopedické intervence v domovech pro seniory.....	65
5.4.6	Postoje představitelů domovů pro seniory k potřebnosti logopedické intervence u seniorů.....	68
5.4.7	Podmínky, které by mohly přispět k zavedení či rozšíření logopedické intervence v domovech pro seniory	71
5.5	Ověření stanovených hypotéz	73
5.6	Logopedická intervence u seniorů v domovech pro seniory z pohledu logopedů	76
5.7	Závěry výzkumného šetření	79
6	Závěr	82
7	Resumé.....	84
8	Summary	85
9	Seznam literatury	86
10	Seznam elektronických zdrojů	89
11	Seznam příloh	92
12	Seznam obrázků	93
13	Seznam tabulek	94
14	Seznam grafů	96

1 Úvod

Stáří je přirozenou součástí života každého z nás, představuje poslední etapu ontogenetického vývoje člověka. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, které jsou dále ovlivněny řadou vnějších faktorů. Tyto procesy, které se projevují v rovině tělesné, duševní i sociální, jsou charakteristické značnou interindividuální a intraindividuální variabilitou. Stáří není chorobným stavem, ale vlivem mnoha nepříznivých vlivů nemocnost a četnost nemocných lidí ve stáří narůstá. Závažná onemocnění typická pro dospělý a především seniorský věk, jakými jsou cévní mozkové příhody, degenerativní onemocnění, infekční a nádorová onemocnění mozku, se výrazně podílejí na vzniku neurogenních poruch komunikace.

Funkční komunikační schopnost je nutnou podmínkou začlenění člověka do společnosti. Prostřednictvím komunikace sdělujeme své potřeby, navazujeme a udržujeme vztahy s druhými lidmi. Osoby s narušenou komunikační schopností dosahují naplnění svých potřeb velmi obtížně. Zvláště ohroženou skupinu sociálním vyloučením představují senioři, kteří ztrácejí sociální kontakty také v důsledku zhoršení svého fyzického a psychického stavu a redukce sociálních rolí.

Ztráta či výrazné omezení soběstačnosti ve stáří s sebou přináší vynucenou změnu života a životních podmínek. Senioři se stávají uživateli řady sociálních služeb, mnohdy je nutné jejich přestěhování k blízkým či do pobytových zařízení, jakými jsou například domovy pro seniory. V procesu adaptace seniorů na nové prostředí, jejich socializace či minimalizace sociálního vyloučení, zvyšování kvality života seniorů sehrává důležitou roli ucelená rehabilitace, jejíž součástí by měla být také logopedická intervence.

Předmětem této práce je zajištění logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních. Hlavním cílem práce je zjistit, zda a jak je logopedická intervence u seniorů v domovech pro seniory v České republice zajištěna.

Práce je členěna na čtyři kapitoly, z nichž první tři jsou teoretické, čtvrtá kapitola je praktická.

Teoretická část práce je založena na studiu české a zahraniční odborné literatury a elektronických zdrojů.

První teoretická kapitola pojednává o stáří, vymezuje základní pojmy, uvádí základní teoretická východiska k dané problematice, charakterizuje seniorský věk po stránce tělesné, duševní a sociální a představuje nejčastější onemocnění ve stáří, která mají dopad na komunikační schopnost seniorů. Kapitulu uzavírá charakteristika stáří jako společenského fenoménu.

Druhá teoretická kapitola je věnována problematice neurogenních poruch komunikace. Jednotlivé subkapitoly stručně představují etiologii, symptomatologii, diagnostiku a terapii afázie, dysartrie/ anartrie, řečové dyspraxie/ apraxie, dysfagie, orální dyspraxie/ apraxie a poruch kognitivně-komunikačních funkcí.

Třetí teoretická kapitola popisuje systém zdravotní a sociální péče o seniory v České republice s důrazem na systém poskytování logopedické intervence v resortech zdravotnictví a práce a sociálních věcí. Kapitola přibližuje také legislativní zajištění sociálních služeb.

Čtvrtá, empirická část je zpracována jako kvantitativní popisné šetření. Hlavní metodou sběru dat je dotazníkové šetření realizované v domovech pro seniory v České republice. Získaná data jsou analyzována a statisticky zpracována v programu Microsoft Office Excel 2010. Výzkumné šetření je doplněno o kvalitativní analýzu rozhovorů se čtyřmi logopedkami, které poskytují logopedickou intervenci v domovech pro seniory. Hlavním cílem výzkumu je zjistit, zda a jakým způsobem je zajištěna logopedická intervence u seniorů v domovech pro seniory. Jednotlivé subkapitoly představují výzkumné cíle a stanovené hypotézy, použité metody, vlastní zpracování kvantitativního i kvalitativního šetření, ověření stanovených hypotéz a závěry šetření s návrhy opatření.

2 Stáří a stárnutí

2.1 Vymezení základních pojmů

Stáří představuje přirozenou a zároveň poslední etapu ontogenetického vývoje člověka. Je důsledkem a projevem geneticky podmíněných involučních procesů, které mohou být modifikovány dalšími faktory, jako jsou nemoci či různé životní podmínky. Je také spojeno s řadou významných sociálních změn (Kalvach, 1997). Stáří navazuje na předešlé etapy ontogenetického vývoje a úzce s nimi souvisí. Zároveň však můžeme vysledovat určitá specifika, která stáří odlišují od předešlých vývojových stadií. Bromley (in Vágnerová, 2007) označuje stáří jako etapu postvývojovou, protože již byly realizovány všechny latentní schopnosti rozvoje.

Stárnutí v úzkém slova smyslu představuje přechodnou vývojovou periodu mezi dospělostí a stářím. V průběhu stárnutí dochází ke strukturálním i funkčním změnám, které mají převážně regresivní charakter, jsou nevratné. Pacovský (1990) vymezuje proces stárnutí u většiny lidí věkovým rozmezím 60-75 let věku, vlastní stáří podle něj nastupuje kolem 75 let věku. Mühlpachr (2005) definuje stárnutí širěji, jako zákonitý, druhově specifický celoživotní proces, který se začíná projevovat již ve 4. deceniu, či na přelomu 4. a 5. decenia. Stárnutí charakterizuje jako asynchronní proces, který probíhá se značnou inter- i intraindividuální variabilitou.

Nejčastěji užívaným termínem pro osoby ve stáří je označení **senior**. Termín pochází z latinských slov senex, senis a představuje druhý stupeň přídavného jména, tedy starší.

Definice stáří a jeho konkrétní vymezení např. z hlediska věku se liší z pohledu různých vědních disciplín, které akcentují různá hlediska. Jedním z přístupů je rozlišení stáří na biologické, sociální a kalendářní (chronologické).

Pojem **biologické stáří** označuje konkrétní míru involučních změn (snížení funkčních schopností, změny adaptačních a regulačních mechanismů), které těsně souvisejí se změnami způsobenými chorobami často se vyskytujícími právě ve vyšším věku. Uvedené změny nastávají v ontogenetickém vývoji jedince v různou dobu a různým tempem. Lze tedy říci, že biologické stáří má vysoce individuální charakter, kdy se liší

funkční věk jedinců stejného kalendářního věku (Kalvach, 1997).

Sociální stáří je dáno sociálními změnami v životě jedince, změnou jeho sociálních rolí, životního způsobu a ekonomického zabezpečení. Pro vymezení tohoto období je důležité splnění určitého kritéria, nejčastěji odchodu do starobního důchodu či dosažení věku, v němž vzniká nárok na odchod do starobního důchodu. Z hlediska sociální periodizace života představuje stáří tzv. třetí, postproduktivní věk a čtvrtý věk, označovaný také jako fáze závislosti. Toto pojetí akcentuje pracovní roli jedince a implikuje tedy představu stáří jako poklesu zdatnosti, ztráty produktivního přínosu jedince, ba dokonce vzniku závislosti na okolí. Je zřejmé, že takto chápané stáří naprosto opomíjí hledisko celoživotního osobnostního rozvoje jedince a odporuje konceptu úspěšného stárnutí (Mühlpachr, 2005).

Kalendářní (chronologické) stáří je vymezeno dosažením určitého arbitrárně stanoveného věku. Na stanovení tohoto věku má vliv řada faktorů. Patří mezi ně nejen četnější výskyt involučních změn, ale také demografické faktory apod. Výhodou kalendářního stáří je jednoznačnost, jednoduchost a možnost snadné komparace (Kalvach, 1997). V současnosti je užíváno několik různých periodizací kalendářního stáří. Světová zdravotnická organizace v 60. letech doporučila členění lidského života na patnáctileté úseky. Jako hranici stáří označila věk 60 let. Podle této periodizace můžeme stáří rozčlenit na období od 60 do 74 let, které nazýváme senescence, neboli stáří časné, počínající; období od 75 do 89 let, označované jako kmetství, senium či vlastní stáří a období od 90 let, zvané patriarchum, neboli dlouhověkost (Kalvach, 1997). Vágnerová (2007) člení stáří pouze na dvě období: období raného stáří od 60 do 75 let a období pravého stáří od 75 let dále. Často užívané je v současné době členění, které uvádí Mühlpachr (2005): mladí senioři ve věku od 65 do 74 let, staří senioři ve věku od 75 do 84 let a velmi staří senioři ve věku od 85 let výše. Z výše uvedeného je zřejmé, že se v průběhu posledních desetiletí hranice počátku stáří poněkud posunula k vyššímu věku. Ve všech výše uvedených klasifikacích lze také vysledovat společný hraniční ontogenetický bod ve věku 75 let.

Každý takto jednotlivý pohled na stáří má svá omezení. Pro přesnější vymezení stáří je nutné vzájemně propojit tyto přístupy a uvažovat aspekty biologické, psychické, věkové i sociální ve vzájemné interakci. Zároveň je však nutné mít na paměti, že je seniorská

populace navzdory určitým společným charakteristickým rysům značně heterogenní. Je to dáno osobnostními rysy jedinců, jedinečností jejich životní cesty, získanými životními zkušenostmi a návyky, interindividuální variabilitou involučních biologických procesů i chorobných změn, ale také rozdílným sociálně-ekonomickým postavením (Mühlpachr, 2005).

2.2 Charakteristika stáří

Z hlediska psychologických teorií má každé období lidského života určitý specifický význam. Erikson (2002) ve své teorii psychosociálního vývoje uvádí jako hlavní vývojový úkol raného stáří dosažení integrity v pojetí vlastního života, tedy přijetí vlastního života, vyrovnání se s ním i s jeho nedostatky a smíření se s vlastní smrtí. Schopnost dosažení integrity závisí na předchozích vývojových obdobích a míře zvládnutí jejich úkolů, ale také na osobnostních charakteristikách daného jedince.

Období raného stáří představuje určitou přechodovou etapu mezi produktivním a postproduktivním věkem. Senioři si začínají uvědomovat pozvolný úbytek fyzických sil, psychických kompetencí i proměny mezilidských vztahů. To je mnohdy vede ke zpomalení životního tempa, změně či redukci aktivit a zájmů. Rané stáří je zpravidla obdobím odchodu do důchodu. Tím senioři, jejichž tělesné i duševní schopnosti jsou v tomto období většinou na velmi dobré úrovni, získávají i určitou svobodu v rozhodování o sobě a prostor pro realizaci svých dosud nenaplněných potřeb, mnozí se začínají věnovat novým zálibám. Počátek raného stáří může být někdy charakterizován určitou stagnací, způsobenou nejistotou z nadcházejícího období a nutnosti transformace, změny dosavadního způsobu života. Typické je bilancování, snaha nalézt smysl tohoto nového životního období, vyrovnat se s vlastním životem i okolním světem. Subjektivní význam stáří a postoj k vlastnímu stárnutí je individuálně rozdílný, závisí na mnoha vnitřních i vnějších faktorech. Mění se v průběhu času a s postupujícím věkem jedince (Vágnerová, 2007).

Již v období raného stáří jsou senioři nuceni neustále čelit novým problémům a nepříznivým změnám. Především pak období pravého a pozdního stáří se vyznačují zvýšeným rizikem vzniku a kumulace různých zátěžových situací, kterými mohou být

nemoc a úmrtí partnera a vrstevníků, ztráta mnoha rolí, zhoršení zdravotního stavu, úpadek různých kompetencí a s nimi spojená ztráta soukromí a často nedobrovolná změna životního stylu. V neposlední řadě se často zhoršuje ekonomická situace jedince. Starý člověk ztrácí svou autonomii a soběstačnost a vlivem výše uvedených životních komplikací a limitů se posiluje jeho nedůvěra v okolní svět, snižuje se vlastní iniciativa, identita a sebepojetí starého člověka se proměňují. Součástí identity seniora zůstávají na symbolické úrovni minulé role a kompetence, aktuálně zachované kompetence a také příslušnost seniora k sociální skupině a teritoriu. Ztráta této příslušnosti, např. v souvislosti s nutností přemístěním seniora do pobytového zařízení, velmi výrazně negativně ovlivňuje utváření jeho identity (Vágnerová, 2007).

2.2.1 Tělesné změny ve stáří

Ve stáří dochází k postupnému zhoršování tělesných funkcí, jehož míra závisí na genetických dispozicích jedince a řadě vnějších faktorů (životním stylu, prodělaných onemocněních apod.). Tělesné i psychické změny u seniorů vykazují značné interindividuální odlišnosti. Stárnutí neprobíhá rovnoměrně ani v rámci jednoho organismu (Pacovský, 1990).

Somatické změny, ke kterým ve stáří v různé míře a různém věku dochází, zasahují všechny systémy organismu. Zpomalují a oslabují se regulační mechanismy organismu, zhoršují se adaptační schopnosti seniorů a odolnost vůči zátěži. Závažným problémem je atrofie tkání a úbytek svalové hmoty. Dochází k významnému poklesu svalové síly, zhoršení propriocepce a koordinace pohybu. Komplikace přináší úbytek kostní hmoty a stárnutí chrupavek. Proces stárnutí způsobuje také různé strukturální a funkční změny mozku. Závažný dopad mají atrofie mozku, ale také nedostatečná produkce a využití neurotransmiterů. Zpomaluje se nervové vedení vzruchů, čímž dochází k prodloužení reakční doby seniorů. Významné jsou také změny v oběhové soustavě. Klesá průtok krve všemi orgány a snižuje se elasticita tepen. V důsledku řady faktorů se oplošťuje variabilita tepové frekvence, což mimo jiné vede ke zhoršení výkonnosti při zátěži. Snižuje se plicní poddajnost (compliance), což vede k nutnosti vyšší dechové práce. Klesá vitální kapacita plic. Snižuje se též citlivost dechového centra na změny krevních

plynů. Změny ve vylučovací soustavě spočívají především ve snížené funkci ledvin. Významně klesá jejich maximální koncentrační schopnost. Časté jsou poruchy funkce detruzoru močového měchýře. Z hlediska trávicí soustavy se projevují především poruchy motility trávicí trubice. Snižuje se žaludeční acidita. Častým problémem je opotřebení a ztráta chrupu v seniorském věku. Ve stáří se také výrazně snižuje bazální metabolismus. Zhoršená bývá imunitní reakce organismu starého člověka, proto efekt imunizace ve stáří klesá. Naopak se zvyšuje tvorba autoprotilátů. Nápadné bývají ve stáří změny vzhledu. Kůže atrofuje, ztrácí svou pružnost, zvýrazňují se vrásky. Dochází k šedivění a vypadávání vlasů (Kalvach, 1997).

2.2.2 Změny psychických funkcí

V důsledku biologických změn (atrofie mozkové tkáně) i psychosociálních vlivů, či vzájemnou interakcí těchto faktorů dochází ve stáří v různé míře také ke změnám psychických funkcí. Může se jednat o běžné projevy stárnutí, jako je určité zpomalení, zhoršené zapamatování či vybavování, snížení frustrační tolerance. Ale také může jít o příznaky chorobných procesů. Změny můžeme pozorovat jak v oblasti kognitivních funkcí, tak emocionalitu a osobnostních vlastností (Vágnerová, 2007).

Změny kognitivních procesů způsobené stárnutím bývají nerovnoměrné, se značnou interindividuální variabilitou. Zpravidla se projevují v oblasti zaznamenávání, ukládání a využívání informací. Významnou změnou je celkové zpomalení poznávacích procesů a prodloužení reakční doby. Vlivem zhoršování zrakových a sluchových funkcí dochází ke vzniku **percepčních problémů**, které do značné míry ovlivňují také ostatní psychické funkce. Za důležitý ukazatel celkové úrovně kognitivních funkcí je považována kvalita pozornosti. Ve stáří dochází k změnám především v **rozdělování a přenášení pozornosti**. Starší lidé reagují při přenášení pozornosti pomaleji a častěji chybují. Nejsou schopni pozornost selektivně zaměřit jen na některé z podnětů. **Poruchy paměťových funkcí** se objevují již v raném stáří, zhoršuje se zpracování a ukládání nových informací i vybavování uloženého. Poruchy paměti souvisejí s větší unavitelností, poruchami koncentrace pozornosti, mohou být však také důsledkem somatických onemocnění. Stárnutí ovlivňuje krátkodobou i dlouhodobou paměť.

Ve stáří dochází také ke **změnám intelektových funkcí**. Rovněž tyto změny jsou značně individuálně variabilní a závisí na mnoha faktorech, jako jsou genetické vlivy, osobnostní vlastnosti, ale i sociální faktory. Závažný úpadek rozumových schopností bývá podmíněn chorobnými procesy. Největší pokles můžeme sledovat v oblasti tzv. fluidní inteligence, naučené funkce přetrvávají déle (Vágnerová, 2007).

Změny emocionality ve stáří ovlivňuje celá řada faktorů, a to jak vnějších (kumulace ztrát a zátěží a naopak také vliv životních zkušeností), tak vnitřních (neurofyzilogické příčiny). Také v oblasti emočního prožívání jsou mezi seniory výrazné interindividuální rozdíly. Obecně lze říci, že ve stáří dochází k celkovému zklidnění emočního prožívání, snižuje se intenzita některých emocí. S postupujícím věkem však může citová dráždivost opět narůstat, pozorujeme zvýšenou zranitelnost, emoční labilitu a sklon k úzkostem (Langmeier, Krejčířová, 1998).

Změny osobnosti ve stáří vlivem biologicky podmíněných změn i sociálních faktorů bývají zpravidla plynulé, nenápadné. Pacovský (1990) zdůrazňuje, že při fyziologickém stárnutí a stáří se struktura osobnosti člověka kvalitativně nemění. Právě osobnost člověka a její úroveň tak hraje velkou roli ve způsobu vyrovnávání se s vlastním stářím, v psychice člověka. Charakteristické osobnostní rysy se však ve stáří mohou prohlubovat, či naopak oslabovat. V dlouhodobějším měřítku často pozorujeme pokles společenskosti a družnosti, který může (zejména u mužů) vyústit až v samotářství. S věkem také ubývá otevřenosti vůči změnám, vůči novým zkušenostem. Osobnost seniora je výsledkem předchozího vývoje, ale i adaptace na obtíže staršího věku. Každý starší člověk se vyrovnává s vlastním stářím jiným způsobem (Vágnerová, 2007).

2.2.3 Změny v oblasti socializace

Změny sociálních dovedností seniorů souvisejí především s událostmi, které se v jejich životě odehrávají. Vlivem odchodu do důchodu, úmrtí vrstevníků nebo partnera, ale i v důsledku zhoršení fyzického a psychického stavu seniorů dochází ke ztrátě či omezení jejich sociálních kontaktů, k redukci sociálních rolí. Starší lidé žijí často izolováni, kontakt udržují jen s vlastní rodinou. V rámci nedostatku sociálních podnětů pak může docházet ke stagnaci a úpadku řady jejich sociálních dovedností (Dvořáčková,

2012). Významným problémem především pozdního stáří se stává osamělost, která je dána nejen izolací od společnosti, ale také proměnou okolního světa, který starému člověku připadá neznámý (Vágnerová, 2007).

Pokles soběstačnosti v pozdním stáří s sebou přináší vynucenou změnu života a životních podmínek. Často je nutné přestěhování seniora k jeho blízkým, či do institucionální péče. Ztráta osobního zázemí, důvěrně známého teritoria je pro seniora velmi zátěžovou situací, spojenou se ztrátou autonomie, pocitu soběstačnosti a bezpečí. Proces adaptace na nově vzniklou situaci bývá obtížný, zejména v situaci nedobrovolného umístění seniora do instituce (Vágnerová, 2007).

2.2.4 Nejvýznamnější onemocnění ovlivňující funkční stav ve stáří

Stáří samo o sobě nelze chápat jako chorobný stav, avšak vlivem kumulace nepříznivých vlivů narůstá nemocnost a četnost nemocných lidí ve stáří. Zdravotní stav seniorů má pochopitelně významný vliv na jejich funkční stav. Přestože je populace seniorů z hlediska zdravotního stavu velmi heterogenní, určité společné znaky, které ji jako celek vymezují vůči mladším věkovým skupinám, nalézt můžeme. Nemocnost ve stáří lze charakterizovat nárůstem celkové prevalence chorob a především **polymorbiditou**. Podle epidemiologických studií trpí téměř 90 % osob nad 75 let jednou či více chronickými chorobami. Jiné je spektrum chorob, zvyšuje se výskyt chronických a neurodegenerativních onemocnění, s vyšší incidencí akutního zhoršení a nutnosti hospitalizace, s vyšším potenciálem invalidizace nemocného. Nelze opomenout ani významnou sociální komponentu nemocnosti v seniorském věku, změnu sociálního statutu nemocného (Topinková, 2005).

Kalvach (1997) vymezuje sedm hlavních okruhů chorobných poruch funkčního stavu seniorů: 1) Závažné jsou svými následky **ateroskleróza a její orgánové projevy**, tedy ischemická choroba srdeční, postižení mozkových tepen (cévní mozkové příhody, parkinsonský syndrom, multiinfarktová demence), postižení tepen dolních končetin. 2) Kvalitu života seniorů velmi výrazně omezuje také **chronická obstrukční bronchopulmonální choroba**. 3) **Osteoartróza** představuje degenerativní postižení kloubní chrupavky a přilehlé kosti. Nemocnému přináší řadu obtíží v podobě značné

bolestivosti a závažného omezení hybnosti nemocného. 4) Riziko invalidizace s sebou nese **osteoporoza**, zvýšená atrofie kosti s úbytkem její denzity a nárůstem rizika zlomenin. 5) Alzheimerova nemoc a další **neurodegenerativní onemocnění**. 6) **Závažné poruchy zraku** ve stáří mohou být důsledkem dalších onemocnění, ale také procesu stárnutí. Největší riziko ve vyšším věku představuje makulární degenerace sítnice. 7) **Závažné poruchy sluchu** patří spolu s poruchami zraku k výrazným limitujícím faktorům v terapii dalších onemocnění u seniorů, mohou být také příčinou vzniku nových komplikací (úraz při pádu). Negativně ovlivňují zapojení seniora do společnosti.

Topinková (2005) hovoří v souvislosti s polymorbiditou v seniorském věku o tzv. **geriatrických syndromech**, které jsou obvykle multikauzální etiologie a mohou být přítomny v oblasti somatické, psychické i sociální. Tabulka č. 1 přehledně uvádí nejčastější geriatrické syndromy:

Somatické	Psychické	Sociální
poruchy chůze a pohyblivosti závratě, nestabilita, pády a úrazy inkontinence moči a stolice poruchy termoregulace poruchy příjmu potravy/tekutin dekubity	demence deprese delirium poruchy chování poruchy adaptace	ztráta soběstačnosti závislost na pomoci druhých sociální izolace týrání a zneužívání dysfunkce rodiny

Tabulka č. 1: Geriatrické syndromy (Topinková, 2005, s. 10)

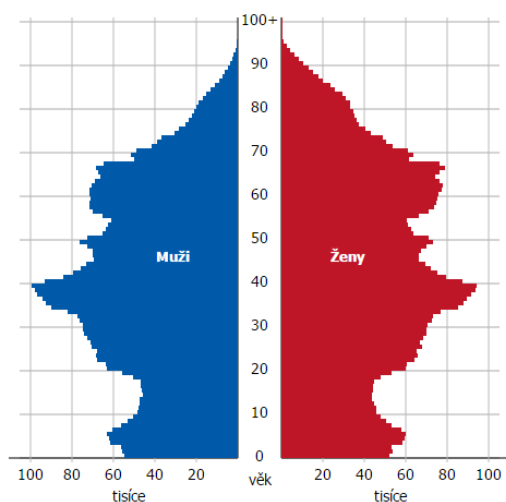
2.3 Stáří jako společenský fenomén

V posledních desetiletích zažívají především hospodářsky vyspělé státy světa dramatický demografický vývoj, projevující se relativním i absolutním stárnutím populace. Stáří se tak stává významným multidimenzionálním fenoménem, který ovlivňuje život každého jedince i celé společnosti. Podstatou demografické revoluce, jak nazval Landry (in Kalvach, 1997) změnu reprodukčních zvyklostí ve vyspělých zemích, je jednak významné prodlužování střední délky života (naděje dožití), ale zejména snížení porodnosti v těchto zemích (WHO, 2015). Prognózy našich demografií

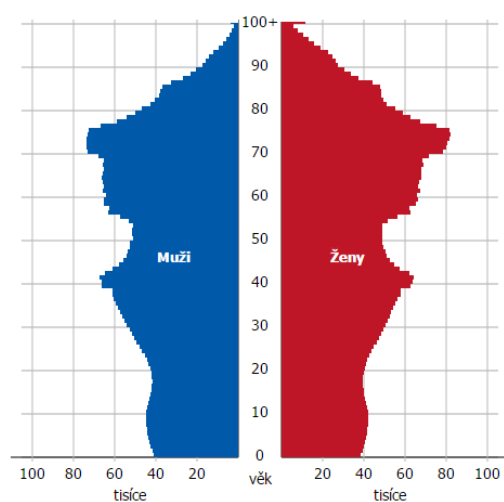
i OSN ohledně nadcházejících let hovoří o dalším pokračování uvedených trendů (Dvořáčková, 2012).

Prognózy ČSÚ z roku 2013 (ČSÚ, 2013a) očekávají v České republice do roku 2050 mírný růst plodnosti, zlepšování úmrtnostních poměrů a zachování kladného salda zahraniční migrace. Celkový počet obyvatel ČR se dle této predikce sníží. Věková struktura obyvatelstva se bude v tomto období vyznačovat mírným snižováním podílu osob mladších 15 let, výrazným snižováním podílu tzv. ekonomicky aktivních osob a naopak nárůstem osob starších 65 let. Počet obyvatel ve věku nad 65 let by se měl během první poloviny 21. století zhruba zdvojnásobit. Podle informací ČSÚ činil podíl osob ve věku 65 a více let k 1. 1. 2013 16,8 %. Dle projekce ČSÚ by pak tento podíl měl do roku 2051 stoupnout až na 32,5 %, přičemž nejrychleji bude narůstat počet osob nejstarších (ČSÚ, 2013a).

Charakteristické pro současný populační vývoj jsou také genderové rozdíly. V populaci seniorů starších 60 let převažují ženy (o 50 %), u osaměle žijících seniorů starších 75 let činí podíl žen 70 %.



Obr. č. 1: Věková struktura obyvatelstva
v ČR k 31. 12. 2013 (ČSÚ, 2013b)



Obr. č. 2: Projekce věkové struktury
obyvatelstva v ČR k 1. 1. 2050 (ČSÚ, 2013b)

V souvislosti s demografickými trendy očekáváme do budoucna výraznější snížení úmrtnosti u mužů a tedy zmenšení rozdílu naděje dožití obou pohlaví. Změny ve věkové i genderové struktuře obyvatelstva a jejich predikce dobře znázorňují věkové pyramidy, tzv. stromy života, které jsou zobrazeny na obrázcích č. 1 a 2.

Kromě výše sledovaných ukazatelů je z hlediska kvality života důležitý ukazatel tzv. zdravé délky života, tedy délky života prožité ve zdraví, který v roce 2012 v České republice činil 62,3 roky u mužů a 64,1 let u žen (MPSV ČR, 2015). Zvýšená nemocnost charakterizovaná multimorbiditou a chronicitou onemocnění typická především pro pozdní stáří s sebou přináší ztrátu soběstačnosti seniorů a tedy ve svém důsledku zvýšení společenských nákladů na zdravotní a sociální péči.

Zajištění důstojného a kvalitního života ve stáří, ať již podporou zdravého a aktivního stárnutí, či poskytováním důstojné a kvalitní péče o nesoběstačné seniory, by mělo patřit mezi základní cíle a zájmy vyspělé společnosti.

3 Narušená komunikační schopnost ve stáří

V souvislosti s rostoucím věkem a zvyšujícím se počtem chronických obtíží a chorob se u seniorů často setkáváme s určitými druhy narušené komunikační schopnosti, které jsou typické pro dospělé a především seniorský věk. Jedná se o tzv. **získané neurogenní poruchy komunikace**, které vznikají na bázi organických postižení centrální nervové soustavy. Neubauer (2007) tyto poruchy z hlediska jejich dominantní příčiny člení na **poruchy na bázi postižení individuálního jazykového systému** (afázie), **motorických řečových mechanismů** (dysartrie/ anartrie, řečová dyspraxie/ apraxie), **primárních funkcí orofaciálního traktu** (dysfagie, orální dyspraxie/ apraxie) a **kognitivně-komunikačních funkcí** (demence, poruchy verbální paměti a dalších funkcí). Kapitola přehledně charakterizuje jednotlivé druhy neurogenních poruch komunikace. Úvodem je však potřeba říci, že se v seniorském věku zpravidla nesetkáme s těmito poruchami izolovaně, ale s ohledem na polymorbiditu typickou pro seniorský věk se neurogenní poruchy komunikace vyskytují často ve vzájemné kombinaci.

3.1 Afázie

Afázie představuje velmi rozsáhlou problematiku, která je předmětem zájmu mnoha vědních oborů. Je tedy pochopitelné, že v odborné literatuře nalezneme celou řadu různých definicí, které se liší podle přístupů jednotlivých disciplín.

Neurologické publikace zpravidla při **definování afázie** akcentují, že se jedná o poruchu již vybudované řeči, tedy získanou poruchu, která je zapříčiněna ložiskovými poškozeními mozku (Lechta et al., 2003). Řada autorů, např. Čecháčková (2007), řadí afázii do souboru vyšších kortikálních poruch, tedy mezi poruchy fatických funkcí. Dle Luriji (in Klenková, 2006) představuje afázie systémové narušení řeči, které vzniká při organických poškozeních mozku a zasahuje různé stupně organizace řeči. Cséfalvay (2003a, s. 203) charakterizuje afázii pomocí čtyř hlavních atributů: 1. *Jde o získané narušení komunikační schopnosti*, 2. *týkající se poruch symbolických procesů*, 3. *které vzniká při ložiskových poškozeních mozku*, 4. *jako důsledek systémového vlivu mozkové*

léze na vyšší psychické funkce člověka. Neubauer (2007, s. 19) definuje afázii jako poruchu užití individuálního jazykového systému, jako vícefaktorovou sníženou schopnost dekodovat nebo používat smysluplné lingvistické části, slova a větší syntaktické celky.

Jak již bylo zmíněno, afázie je získaná porucha, která vzniká v důsledku organické léze mozku. Nejčastěji se jedná o ložisková poškození kortikálních, ale i subkortikálních oblastí mozku (Cséfalvay et al., 2007). Mezi hlavní **příčiny vzniku afázie** patří cévní mozkové příhody, úrazy a poranění mozku, nádorová onemocnění mozku, zánětlivá onemocnění mozku (encefalitidy a meningoencefalitidy), intoxikace centrální nervové soustavy a degenerativní onemocnění centrální nervové soustavy (Čecháčková, 2007).

Frekvenci výskytu afázie můžeme odvozovat od frekvence výskytu ložiskových onemocnění mozku. Autoři Cséfalvay a Košťálová (2013) uvádějí incidenci a prevalenci CMP v Evropě 140 a 800 případů na 100 000 obyvatel. Dle uvedeného zdroje u zhruba třetiny pacientů s CMP vzniká afázie.

Charakteristickým znakem afázie je značná šíře a variabilita **symptomů**, postihujících více modalit užití jazyka. V různé míře jsou zasaženy percepce mluvního projevu, verbální exprese, lexikální i grafické dovednosti a verbálně-mnestické funkce (Neubauer, 2007). Při afázii mohou být významně narušeny všechny jazykové roviny, nejméně bývá zasažena rovina pragmatická (Cséfalvay et al., 2007). Nejčastějšími specifickými symptomy afázie jsou **poruchy fluence** (plynulosti) řeči, **poruchy pojmenování** (anomie a dysnomie), **paraafázie** (fonemické, žargonové, sémantické) – deformace slov různého typu a stupně, **parafrázie** – snížená schopnost až neschopnost větného vyjádření, **neologismy** (novotvary), **perseverace** – ulpívání na předchozím podnětu, **echolálie** – opakování slov či jejich částí po někom druhém, **agramatismy**, **poruchy rozumění**, **logorhea** – překotná, rychlá, často nesrozumitelná mluva (Čecháčková, 2007).

Vzhledem k šíři problematiky vyvstává potřeba afázii určitým způsobem klasifikovat. Přístupy jednotlivých afaziologických škol ke **klasifikaci afázie** se liší. Často používané je základní členění afázie na **afázii senzorickou** (receptivní, Wernickeho), **motorickou** (expresivní, Brocovu) a **totální** (globální) (Čecháčková, 2007). Je zřejmé, že takovéto

rozdělení je velmi zjednodušující, protože k rozlišení využívá pouze základního kritéria narušení exprese či recepce řeči.

Významnou a často užívanou v logopedické praxi je tzv. **Bostonská klasifikace**, která člení afázii na osm klinických syndromů, jež jsou tvořeny kombinacemi různých jazykových deficitů a symptomů. V rámci téhož klinického syndromu se pochopitelně můžeme setkat se značnou interindividuální i intraindividuální variabilitou. Přesto však tato klasifikace má své opodstatnění, především z hlediska následné volby terapeutických přístupů. Bostonská klasifikace je založena na hodnocení spontánního mluvního projevu, u něhož posuzuje čtyři základní kritéria: plynulost, schopnost pojmenování, porozumění a opakování. Součástí posuzování je také hodnocení grafické stránky jazyka, tedy lexie a grafie. Na základě posouzení těchto kritérií rozlišujeme Brocovu afázii, globální afázii, smíšenou transkortikální afázii, transkortikální motorickou afázii, transkortikální senzickou afázii, Wernickeho afázii, konduktivní afázii a anomickou afázii (Cséfalvay et al., 2007). Základní charakteristiku uvedených klinických syndromů znázorňuje tabulka č. 2.

Klinický syndrom	Spontánní řeč	Porozumění řeči	Opakování	Pojmenování
Brocova afázie	nonfluentní, agramatická paraafázie	lehké až těžké poruchy	narušeno	narušeno
Globální afázie	absentuje řečová stereotypie	těžce narušeno	těžce narušeno	těžce narušeno
Transkortikální motorická afázie	nonfluentní, echolalická	lehké až středně těžké poruchy	nenarušeno, případně lehce narušeno	narušeno
Smíšená transkortikální afázie	nonfluentní řečové stereotypie	těžce narušeno	zachováno, mírně narušeno	narušeno
Wernickeho afázie	fluentní paraafázie, neologismy	těžce narušeno	narušeno	narušeno
Konduktivní afázie	fluentní	lehce narušeno	výrazně narušeno, fonemická paraafázie	lehce narušeno
Amnestická afázie	fluentní anomické pauzy	lehce narušeno	zachováno	narušeno
Transkortikální senzická afázie	fluentní, echolalická	těžké poruchy	zachováno, echolalie	narušeno

Tabulka č. 2: Základní charakteristika klinických syndromů afázie dle Bostonské klasifikace (Cséfalvay et al., 2007, s. 18)

Určitou protiváhou Bostonské klasifikaci je **Lurijova klasifikace afázií**, která řadí afázie mezi poruchy vyšších kortikálních funkcí. Významná je především svým komplexním pohledem na funkci celého centrálního nervového systému. Lurijova klasifikace je založena na koncepci tzv. funkčních bloků a kortikálních zón mozku. Nezabývá se pouze topikou léze mozku, ale také vymezením tzv. primárního deficitu. Definováním tzv. primárního defektu Lurija vysvětluje, že stejný symptom může vzniknout z různých příčin, tedy i při různé lokalizaci lézí. Lurija rozlišuje afázie, které vznikají při lézích předních oblastí mozku - **dynamická afázie a eferentní motorická afázie** a afázie, které vznikají při poškození zadních oblastí mozku – **aferentní motorická, akusticko-mnestická, senzorická, sémantická a amnestická afázie** (Cséfalvay, 2003a).

Klíčovou úlohu při logopedické intervenci u osob s afázií sehrává diagnostický proces, který je východiskem pro volbu terapeutických postupů. **Diagnostika afázie** je věcí mezioborové spolupráce. Logopedické vyšetření zpravidla probíhá na podkladě neurologického vyšetření a výsledků MRI či CT mozku. Diagnostiku afázie je nutné zaměřit na hodnocení všech modalit řeči: spontánní řeči, porozumění řeči, opakování i pojmenování, ale také psané formy písma.

Volba diagnostických nástrojů závisí na cíli, který diagnostickým procesem sledujeme. Pro vyšetření v akutní fázi nemoci a zjištění, zda je či není v klinickém obraze přítomna afázie, jsou vhodné tzv. **screeningové testy afázie**. Příkladem je test MAST.cz, který je v České republice standardizován a volně dostupný. Pro podrobnější vyšetření afázie v subakutní či chronické fázi onemocnění jsou vhodné **komplexní testy afázie**. Zde rozlišujeme kvantitativně a kvalitativně orientované testy. Slouží k přesnějšímu určení typu a stupně afázie. Příkladem komplexních testů užívaných v České republice jsou: test WAB (Western Aphasia Battery), Lurijovo neuropsychologické vyšetření, Vyšetření fatických funkcí autorů Cséfalvaye, Košťálové a Klimešové či Vyšetření získaných neurogenních poruch řečové komunikace Neubauera. K posouzení úrovně funkční komunikace, na kterou je v současnosti kladen důraz, slouží **testy funkční komunikace** (např. Dotazník funkcionální komunikace). Poslední skupinou testů jsou tzv. **speciální testy afázie**. Jsou určeny pro analýzu některých specifických symptomů afázie či vyšetření specifické populace

(např. bilingvních pacientů). Důležité místo v diagnostickém procesu zastává **diferenciální diagnostika**, která má za cíl odlišit afázii od dysartrie, agnózie, apraxie, alexie či mutismu (Cséfalvay et al., 2007).

Diagnostickým procesem prolíná a úzce na něj navazuje **terapie afázie**. Jedná se zpravidla o dlouhodobý proces, jehož konkrétní podoba závisí mimo jiné na stupni a typu afázie. V posledních desetiletích zažívá tato oblast obrovský rozvoj, existuje řada terapeutických přístupů i konkrétních metodik. Terapii afázie můžeme rozdělit do tří rovin, na terapii zaměřenou na obnovu konkrétní narušené funkce, terapii zaměřenou na narušenou komunikační schopnost komplexně a terapii zaměřenou na zmírnění psychosociálních důsledků afázie (Cséfalvay et al., 2007).

V publikaci Terapie afázie Cséfalvay (2007) popisuje základní přístupy k terapii afázie. **Specifické terapeutické postupy** jsou využívány především při výrazných poškozeních expresivní složky řeči. Příkladem je melodicko-intonační terapie MIT, využití kresby při komunikaci (BDB) či využití vysoce automatizovaných forem řeči. **Kognitivně-neuropsychologický přístup** je zaměřen na obnovu či kompenzaci jazykových procesů. **Pragmaticky (funkcionálně) orientované terapie** afázie se zaměřují na zlepšení funkční komunikace osob s afázií v jejich každodenní komunikaci. Poměrně mladou oblastí jsou **neurolingvistické přístupy k terapii afázie na úrovni vět**. Jsou využitelné u pacientů, kteří mají problémy na úrovni porozumění větším celkům či na úrovni jejich produkce.

3.2 Poruchy motorických řečových funkcí

Druhou významnou skupinu neurogeních poruch komunikace tvoří poruchy motorických řečových funkcí. Nejedná se o poškození jazykových schopností člověka, ale o narušení nesymbolických procesů řeči – o narušení motorických modalit řeči, respirace, fonace, artikulace, rezonance a prozódie, v důsledku poruchy inervace artikulačních orgánů. Mezi motorické řečové poruchy řadíme dysartrii/ anartrii a řečovou dyspraxii/ apraxii (Neubauer, 2007).

3.2.1 Dysartrie/ anartrie

Dysartrie/ anartrie je nejčastěji definována jako porucha artikulace jako celku v důsledku slabosti nebo poruchy koordinace artikulačních svalů, která vzniká vlivem organického postižení nervového systému (Košťálová, Bednařík, Mechl, Vohánka, 2006). Jedná se o postižení různých úrovní centrálního nervového systému, od kortikálních až po periferní léze. **Definice dysartrie** nalezneme v odborné literatuře velké množství. Zpravidla akcentují tyto nejdůležitější atributy: 1) Dysartrie vzniká při organickém poškození nervové soustavy. 2) Jedná se o vícesložkové, komplexní narušení, které se v různé míře promítá do všech subsystémů podílejících se na realizaci řeči (Cséfalvay, 2003b).

Anartrie představuje nejzávažnější poruchy motorických řečových modalit, projevující se praktickou ztrátou schopnosti verbální komunikace s okolím, často i ve spojení s afonií, neschopností tvořit hlas (Cséfalvay, 2003b).

Dysartrie (anartrie) může vzniknout v každém období života člověka. Z hlediska **etiologie** tedy rozlišujeme prenatální, perinatální či postnatální příčiny poruch inervace artikulačních svalů. Cséfalvay (2003b) uvádí, že nejčastější příčinou dysartrie je mozková obrna. V případě, že dysartrie vznikla následkem narušení centrální nervové soustavy při narození či brzy po narození, hovoříme o vývojové dysartrii. Poruchy způsobené poškozením centrální nervové soustavy v pozdějším věku nazýváme získaná dysartrie. Hlavními příčinami získané dysartrie jsou podobně jako u ostatních získaných neurogenních poruch komunikace cévní mozkové příhody, úrazy a poranění mozku, nádory na mozku, infekční onemocnění mozku a degenerativní onemocnění.

Z hlediska výskytu se získaná dysartrie řadí k poměrně častým narušením. Enderby a Emerson (in Lechta et al., 2011) uvádějí počet 280 osob trpících získanou dysartrií na 100 000 obyvatel, což je vyšší prevalence než v případě afázie.

Klinický obraz dysartrie bývá v závislosti na lokalizaci a rozsahu léze velmi variabilní. Jedná se vždy o celý **komplex symptomů**, zahrnujících v různé míře poruchy respirace, fonace, rezonance, artikulace a prozodie řeči.

Vzhledem k rozmanitosti projevů se můžeme setkat s řadou klasifikačních systémů dysartrie, které jsou založeny na různých hlediscích. Nejčastěji užívaná jsou členění podle lokalizace léze v CNS či PNS a členění podle dominujícího symptomu v řeči. Tradiční Sovákovo (1965) **členění dle lokalizace léze** uvádějí Cséfalvay, Mekyska, Košťálová (2013):

Kortikální (korová) dysartrie vzniká jako následek léze motorické kortikální oblasti mozku. **Pyramidová dysartrie** je způsobena postižením motorické pyramidové dráhy od kůry k jádrům mozkových nervů v bulbu. **Extrapiramidové dysartrie** jsou důsledkem ztráty regulačních vlivů podkorových ganglií na motorické dráhy. U extrapiramidové dysartrie rozlišujeme dvě formy: hypertonicko-hypokinetickou a hypotonicko-hyperkinetickou. **Mozečková (cerebelární) dysartrie** vzniká v důsledku poškození mozečku, který koordinuje pohyby svalů artikulačních orgánů a hrtanu. **Bulbární dysartrie** je způsobena poškozením motorických jader prodloužené míchy a jejích drah inervujících výkonný systém řeči. Často se setkáme také s tzv. kombinovanou či **smíšenou formou dysartrie**.

Častěji je v současné literatuře užíváno **členění podle dominujícího symptomu v řeči**. Důraz je tedy kladen na klinickou manifestaci poruchy z hlediska akusticko-percepčních charakteristik řeči (Neubauer, 2007). Podle tohoto kritéria členíme dysartrii takto:

Flacidní neboli periferní (chabá) **dysartrie** vzniká poškozením jader či průběhu mozkových nervů inervujících řečové mechanismy. Řečový projev je nezřetelný, monotónní. Častým příznakem je porušené dýchání, s hypernazalitou, chrapotem a poruchami polykání. **Spastická dysartrie** (centrální) je přítomna při poruše centrálního motorického neuronu. Řečový projev je pomalý, pracný, dýchání je oslabeno. **Ataktická dysartrie** vzniká při poškození mozečku. Řečový projev je nepravidelný, typický sakadovanou mluvou. **Hypokinetická dysartrie** vzniká v rámci tzv. hypokineticko-hypertonického syndromu, při poruše činnosti bazálních ganglií, ke které dochází zejména u parkinsonismu. Řečový projev je monotónní, někdy překotný, s palilálií. Hlasový projev je velmi oslabený. **Hyperkinetická dysartrie** vzniká v rámci choreatického či atetoidního syndromu. Řeč je hlasitá, vykřikovaná, typická je dyskoordinace řečových pohybů. **Smíšená dysartrie** vzniká v důsledku kombinací více lézí CNS či degenerativních onemocnění (Neubauer, 2007).

Stejně jako u ostatních neurogenních poruch komunikace sehrává i u dysartrie zásadní úlohu **diagnostický proces**. Diferenciální diagnostikou je potřeba odlišit dysartrii od jiných neurogenních poruch komunikace. Logopedická diagnostika dysartrie navazuje na výsledky neurologického vyšetření. Hlavním cílem diagnostiky je identifikovat dominantní řečové motorické modalitty, které jsou narušeny, a umožnit tak přesné zacílení terapeutických postupů. Diagnostických nástrojů je celá řada, některé byly vyvinuty primárně pro dětskou populaci, jiné byly vytvořeny pro oblast diagnostiky dospělých osob. Příkladem oblíbeného, často užívaného testu v českém prostředí je diagnostický materiál **Test 3F – dysartrický profil**. Název test získal díky uspořádání položek do tří základních oblastí dovedností: faciokineze, fonorespirace a fonetika (Košťálová, Bednařík, Mechl, Vohánka, 2006).

Důležitou podmínkou úspěšnosti terapeutického procesu je především včasnost. Cílem **terapie** náhle vzniklých dysartrií je maximální možná obnova porušených funkcí. V případě rozvoje dysartrie na bázi neurodegenerativní choroby nervové soustavy je cílem stabilizace stavu, maximalizace a zlepšení komunikačních schopností pacienta s okolím a zachování dobré kvality sociálního života. Terapeutické postupy je nutné zvolit dle individuálních potřeb pacienta, s ohledem na konkrétní řečovou modalitu, která je dominantně narušena. Obnovovací postupy se tedy zaměřují na oblasti relaxace, respirace, fonace, hybnosti orofaciální oblasti, artikulace, srozumitelnosti a rychlosti mluvy a prozodických faktorů. Významnou roli při terapii dysartrie hrají technické pomůcky a počítačové programy (Neubauer, 2007).

3.2.2 Řečová dyspraxie/ apraxie

Neubauer (2007) chápe řečovou dyspraxii/ apraxii jako samostatnou motorickou poruchu na pomezí mezi dysartrií a motorickou afázií. **Definuje** ji jako poruchu programování řeči jako takové. Dle Dvořáka (2003) představuje dyspraxie/ apraxie řeči deficit orálně motorického plánování artikulované řeči. Předpona dys- v názvu označuje lehčí poruchu, předpona a- značí velmi závažnou až těžkou poruchu. O vývojové řečové dyspraxii/ apraxii hovoříme tehdy, pokud vznikla následkem poškození centrální nervové soustavy při narození či brzy po narození. Poruchy

způsobené poškozením centrální nervové soustavy v pozdějším věku nazýváme získaná řečová dyspraxie/ apraxie.

Pro **symptomatiku** řečové dyspraxie/ apraxie jsou typické nekonstantní a nekonzistentní chyby při tvorbě jednotlivých hlásek, především souhlásek. Nemocný chybně nastavuje mluvidla, chybně řadí hlásky do slov. Dominantní jsou substituční chyby, fonematické záměny, ale i vynechávání či perseverace hlásek. Vzhledem k očekávání chybovosti je řeč dyspraktika/ apraktika často váhavá, neplynulá, jsou narušeny prozodické faktory řeči. Největší obtíže pozorujeme při iniciaci mluvního projevu, projevují se zde neplynulosti a zaváhání či falešné začátky podobné balbuties. Výrazně narušena je oblast imitace, vzhledem k tomu, že se jedná o oblast ovládanou vůlí. Naopak mimovolní řeč zůstává zpravidla zachována. Porozumění řeči a rozpoznání slov je intaktní (Košťálová, Bednařík, Mechl, Vohánka, 2006).

Zcela zásadní je pro správnou terapii uvedené poruchy úloha diferenciální **diagnostiky**, která by měla odlišit řečovou dyspraxii/ apraxii od dysartrie, orální dyspraxie/ apraxie, ale také afázie. Dominantními znaky pro diferenciální diagnostiku jsou: 1) nepřítomnost jazykových poruch typu agramatismů; 2) nepřítomnost alexie a agrafie; 3) nekonstantnost a nepredikovatelnost fonematických obtíží (oproti dysartrii).

Terapeutické postupy je nutné zaměřit především na zlepšení realizace jednotlivých hlásek, jejich iniciace a řazení. Často užívané jsou modifikace postupů pro terapii dysartrie. Cílem terapie řečové dyspraxie/ apraxie je dosažení optimální sebekontroly při artikulaci a autokorekce artikulačních pohybů. Příkladem jedné z technik je melodická intonační terapie, jejímž cílem je stimulace vytváření neuronálních spojení v pravé hemisféře (Košťálová, Bednařík, Mechl, Vohánka, 2006).

3.3 Poruchy primárních funkcí orofaciálního traktu

Poruchy primárních funkcí orofaciálního traktu představují velmi závažný okruh neurogenních poruch, které ohrožují přímo vitální funkce daného jedince. Nelze je přímo přiřadit k poruchám řečové komunikace, velmi úzce s nimi však souvisejí.

3.3.1 Dysfagie

Organické léze nervové soustavy velmi často postihují také vitální funkce orofaciálního traktu člověka, mezi které řadíme dýchání a příjem potravy.

Kaulfussová (2007) definuje dysfagii jako *poruchu polykání pevné nebo tekuté potravy, která může nastat z různých příčin v průběhu transportu požité pevné stravy či tekutiny od úst do žaludku*. V závažnějších případech může tato porucha představovat životu nebezpečnou komplikaci, vzhledem k hrozícímu nebezpečí aspirace stravy a tekutin do dýchacího ústrojí a rozvoji bronchopneumonie.

Dysfagie se může vyskytnout u všech typů dysartrie. Bývá způsobena poruchami normálního svalového výkonu, svalové souhry a svalového tonu. Nejčastěji uváděnou **příčinou dysfagie** jsou cévní mozkové příhody, úrazy a poškození mozku, roztroušená skleróza, Parkinsonova a Alzheimerova nemoc a další degenerativní onemocnění, nádorová onemocnění a zánětlivá onemocnění v oblasti hlavy a krku. Mezi onemocnění s nejvyšší prevalencí neurogenní dysfagie patří cévní mozkové příhody (Lasotová, Bednařík, 2013).

Dysfagie může zasáhnout kteroukoli z fází polykacího procesu a projevuje se celou řadou **symptomů**. **Odynofagie** představuje bolestivé polykání pevné či tekuté potravy. **Aspirace** označuje pronikání stravy či tekutin do dýchacího ústrojí pod úroveň hlasivek. **Penetrace** představuje proniknutí stravy či tekutin do hrtanu nad úroveň hlasivek. **Leaking** označuje poruchu kontroly nad soustem vlivem snížené orální motility nebo deficitu senzorycké zpětné vazby. **Drooling** znamená neudržení sousta v ústech. **Reflux** označuje zpětný tok či přesun tekutiny. Nejčastějším typem refluxu je **regurgitace**, zpětný tok žaludečních šťáv do jícnu. Součástí dysfagie může být také zeslabení laterální stěny faryngu, tzv. **pouch** (Kaulfussová, 2007).

Pro úspěšnou terapii poruch polykání je naprosto stěžejní stanovení přesné diagnózy. **Diagnostika dysfagie** musí probíhat v týmové spolupráci, důležité jsou závěry lékařů z přístrojových vyšetření (videofluoroskopie, FEES). Pro pacienty v akutní fázi onemocnění (například po cévní mozkové příhodě) nachází užití screeningové vyšetření dysfagie, tzv. bedside testy, které lze realizovat u pacientů na lůžku. Příkladem

takového vyšetření je vyšetření GUSS, jehož cílem je identifikace pacienta s rizikem dysfagie, zhodnocení schopnosti polykání a nastavení vhodného typu stravy (Lasotová, Bednařík, 2013).

Terapie poruch polykání je rovněž věcí mezioborové spolupráce. Při terapii dysfagie jsou využívány kompenzační a terapeutické strategie. Kompenzace se zaměřuje na správnou techniku držení těla, úpravu konzistence a objemu potravy a tekutin a posílení sensorických podnětů. Terapeutické strategie se zaměřují na zlepšení motoriky mluvidel (aktivní a pasivní postupy), zlepšení senzomotorické integrace (tepelná, taktilní a chuťová stimulace) a nácvik polykacích manévřů (Kaulfussová, 2007).

3.3.2 Orální dyspraxie/ apraxie

Neubauer (2007) definuje orální dyspraxii/ apraxii jako poruchy opakování předvedených pohybů mluvidel, tedy jazyka, dolní čelisti a orofaciálních svalů. Obtíže jsou patrné především při realizaci pohybových sekvencí, kdy je nutné napodobit dva nebo více následných pohybů.

Orální dyspraxie/ apraxie se projevuje obtížemi či neschopností volní kontroly nad neřečovými pohyby orgánů ústní dutiny. Reflexní a automatické činnosti, jako např. kašel, zůstávají zachovány (Dvořák, 2003).

Orální dyspraxii je nutné diferenciální diagnostikou odlišit od řečové dyspraxie. K diagnostice orální dyspraxie jsou často užívány materiály pro diagnostiku řečové dyspraxie, jejichž součástí je i vyšetření orální dyspraxie. Základní diagnostickou metodou je analýza pohybů, které má pacient za úkol provádět (Košťálová, Bednařík, Mechl, Vohánka, 2006).

3.4 Poruchy kognitivně-komunikačních funkcí

Poruchy kognitivně-komunikačních funkcí vyčleňuje Neubauer (2007) jako samostatnou skupinu neurogenních poruch komunikace. Někteří autoři řadí tyto

poruchy k afáziím, avšak vzhledem k etiologii, symptomatologii i terapii uvedených poruch je jejich vymezení jako samostatné skupiny velmi opodstatněné a potřebné.

Definovat kognitivně-komunikační deficity není jednoduché, vzhledem k jejich značné šíři a variabilitě. Jak napovídá jejich název, uvedené poruchy se projevují ve dvou modalitách. Především se jedná o poruchy kognitivních funkcí, které však zároveň úzce souvisejí s poruchami řečové komunikace. Neubauer (2007, s. 19) definuje kognitivně-komunikační deficity jako *variující formy kognitivně-komunikačních obtíží na bázi následků úrazů CNS či degenerativních onemocnění, které se projevují difúzním úbytkem či nekonstantními výpadky kognitivních funkcí v oblasti verbální paměti, cílené pozornosti, diferenciací podnětů ve zrakovém a sluchovém poli*. Tyto poruchy kognitivních funkcí pak mají zřetelný dopad na funkci centrálních jazykových procesů v CNS.

Etiologické faktory kognitivně-komunikačních deficitů vyplývají, podobně jako u ostatních výše popisovaných neurogenních poruch komunikace, ze čtyř nejčastějších mechanismů poškození činnosti centrální nervové soustavy. V první řadě se na jejich vzniku podílejí degenerativní onemocnění CNS, především degenerativní onemocnění mozkové kůry a souvisejících mozkových struktur, které jsou hlavní příčinou vzniku demencí. Příčinou poruch kognitivně-komunikačních funkcí mohou být také cévní onemocnění mozku a cévní mozkové příhody. Závažné jsou především mnohočetné cévní mozkové příhody, které způsobují rozsáhlé degenerativní změny mozkové tkáně a vedou ke vzniku tzv. ischemicko-vaskulárních demencí. Ve výčtu etiologických faktorů nelze opomenout ani traumata mozku či nádorová a infekční onemocnění centrální nervové soustavy (encefalitida, myelitida), které jsou častou příčinou vzniku poruch v oblasti verbální paměti a dalších kognitivních funkcí (Neubauer, 2007).

Z hlediska **symptomatologie** se jedná o velmi různorodou problematiku. Neubauer (2007) vymezuje několik základních syndromů, které lze charakterizovat určitými společnými znaky kognitivně-komunikačních poruch.

Syndrom demence představuje rozsáhlý soubor duševních poruch, jejichž nejzákladnějším charakteristickým rysem je podstatný úbytek kognitivních funkcí, především paměti a intelektu. Mezi základní příznaky syndromu demence patří

deteriorace intelektu, poruchy paměti, poruchy orientace, pozornosti a motivace, poruchy soudnosti a schopnosti abstraktního myšlení, poruchy chápání, poruchy chování a emotivity, poruchy korových funkcí a poruchy osobnosti (Jiráček et al., 1999).

Nejčastěji se v literatuře setkáme s členěním demencí na dvě hlavní skupiny: **atroficko-degenerativní demence**, které představují až 70 % všech vzniklých demencí, a **symptomatické (sekundární) demence**, mezi které řadíme především ischemicko-vaskulární demence a ostatní symptomatické demence (Jiráček, 2009).

Skupina atroficko-degenerativních demencí je velmi různorodá, a to jak z hlediska jejich etiologie, tak jednotlivých symptomů. U **Alzheimerovy choroby** pozorujeme v oblasti narušení komunikace poměrně časně poruchy pragmatických a sémantických jazykových schopností, časté jsou anomie. S postupem choroby pak nastupují také poruchy syntaktické a fonologické roviny. Motorická stránka řeči bývá narušena až ve velmi pozdním stadiu choroby. **Pickova choroba** je charakteristická poruchami auditorního porozumění, typické je váhavé, pomalé tempo řeči a anomie. S progredujícím onemocněním dochází ke zhoršování také v oblasti syntaktické jazykové roviny. U **Parkinsonovy choroby** jsou jazykové schopnosti porušeny jen minimálně. Typické je postižení motorické realizace řeči s extrapyramidovými příznaky. Hlavními poruchami komunikace u **Huntingtonovy chorey** jsou dysartrie, porucha schopnosti produkce delších mluvních sekvencí a anomie. V případě ischemicko-vaskulárních demencí pozorujeme různé kombinace jazykových i motorických poruch podle lokalizace a rozsahu lézí. V pozdní fázi se často vyskytuje mutismus (Neubauer, 2007).

Kognitivně-komunikační poruchy u osob s traumatickým poškozením mozku se projevují především v oblasti paměti, plánování činností i v oblasti osobnostního vývoje a sociálního chování. Paměťové poruchy v tomto případě zahrnují především amnestické syndromy, které se manifestují jako anterográdní amnézie (porucha paměti pro nové informace), retrográdní amnézie (ztráta paměťových informací uložených před vznikem amnézie) a posttraumatická amnézie (ztráta paměti na různě dlouhé období po traumatu CNS). Paměťové poruchy mohou souviset s dalšími kognitivními deficity (Neubauer, 2007).

Specifickou skupinu představují **kognitivně-komunikační deficity vzniklé v důsledku lézí pravé mozkové hemisféry**. Tyto deficity se projevují především v oblasti vizuální orientace, afektivity, pozornosti a integrativních funkcí. Jedná se o poruchy jak lingvistického, tak nelingvistického charakteru. Mezi primárně nelingvistické poruchy patří tzv. jednostranný neglect (pacient si neuvědomuje levou stranu těla a její okolí), vizuoprostorové percepční deficity (porucha rozpoznávání objektů, konstrukční apraxie, poruchy prostorové orientace), reduplikativní dezorientace/ amnézie (pacienti sami sebe umísťují do své minulosti) a anozognózie (odmítání vlastní nemoci), prozopagnózie (porucha rozpoznávání lidských obličejů). Lingvistické poruchy při lézích pravé mozkové hemisféry se mohou projevovat v oblasti anomie, definování slov, porozumění složitějším gramatickým strukturám. Mohou být přítomny paralexie a paragrafie, které jsou často způsobeny nepozorností či neglect syndromem. Těžiště kognitivně-komunikačních poruch u osob s lézí pravé mozkové hemisféry však leží v oblasti extralingvistických (též nazývaných paralingvistických) modalit. Mezi hlavní deficity řadíme deficity v hodnocení alternativních významů (potíže v porozumění humoru, ironii, metaforám a analogiím), v porozumění a vyjádření emocí, v porozumění a užití správné prozodie, ve vyjádření informativního obsahu. Obtížné je pro tyto osob vytvářet hypotézy či zobecnění, identifikovat podstatu mluvního projevu. Pacienti s těmito deficity nedokáží dodržovat společenské konvence hovoru, odbíhají od tématu, neudržují oční kontakt (Roubíčková, 1999).

Diagnostika kognitivně-komunikačních poruch je věcí mezioborové (lékařské, neuropsychologické a logopedické) spolupráce. Ústřední úlohu v diagnostice amnestických a demenciálních syndromů zaujímají neuropsychologické a psychologické diagnostické postupy. Úkolem diagnostiky je nejen odlišit kognitivně-komunikační poruchy od ostatních druhů neurogenních poruch komunikace, ale především specifikovat hlavní kvalitativní charakteristiky projevů poruch u konkrétního pacienta. Příkladem známého komplexního mezioborového diagnostického materiálu pro hodnocení projevů demence je Arizona Battery for Communication Disorders in Dementia. Testová baterie se zaměřuje na testování senzorické percepce jazyka, exprese jazyka, schopnosti opakování, schopnosti orientace a paměti. Široké uplatnění v procesu diagnostiky kognitivně-komunikačních deficitů

nacházejí škály kognitivních a behaviorálních schopností. Často užívanými materiály i v rámci logopedické diagnostiky v České republice jsou tzv. Mini-mental State Examination (MMSE), krátká škála stavu kognitivních funkcí a Test kreslení hodin (tzv. Clock Test), také užívané ve vzájemné kombinaci. Poruchy komunikačních schopností v rámci kognitivně-komunikačních deficitů bývají často diagnostikovány pomocí testových škál pro testování afázie. Vhodné jsou především krátké screeningové nástroje, jako je test MAST či Token Test, které by však vždy měly být doplněny o testy kognitivních schopností. Diagnostice extralingvistických poruch není v České republice stále věnována dostatečná pozornost, zatímco v zahraničí se již setkáme s řadou standardizovaných diagnostických materiálů (Neubauer, 2007).

Rovněž **terapie** kognitivně-komunikačních deficitů je vzhledem k široké škále symptomů rozsáhlou a různorodou oblastí na pomezí několika oborů činnosti. V České republice terapeuti nejčastěji věnují pozornost rehabilitaci paměťových funkcí, rehabilitaci u osob se syndromem demence, a rehabilitaci projevů neglect syndromu. Pro stimulaci paměti jsou využívány techniky terapie fatických poruch ve spojení s technikami paměťového a kognitivního tréninku. Efektivními pomocníky v rámci intenzivní kognitivní rehabilitace jsou také specializované počítačové programy (MENTIO MM, TRAIN TO BRAIN). Terapie demence závisí na stupni onemocnění. V časných stádiích je terapie vedena snahou o zachování sociálních a komunikačních schopností a o intenzivní stimulaci kognitivních schopností. V pokročilejších stádiích nemoci je terapie zaměřena především na oblast zachování přiměřeného emočního prožívání a využití neverbálních možností komunikace. Rehabilitační péče o osoby s projevy neglect syndromu spočívá ve stimulaci zaměřené pozornosti na levou stranu zrakového pole, využití kompenzačních pomůcek a celkové kognitivní stimulaci s využitím počítačových programů (Neubauer, 2007).

4 Logopedická intervence v kontextu systému péče o seniory v České republice

S postupujícím věkem a nemocností především starší senioři často ztrácejí svou soběstačnost, schopnost samostatného a nezávislého života. Je nesmírně důležité, aby se jim v takovém případě dostalo adekvátní podpory a péče, při zachování jejich důstojnosti a maximální možné míry autonomie.

Obecně lze formy péče o seniory vymezit na péči rodinnou, institucionální (pobytovou), terénní a ambulantní, případně jejich různé kombinace.

Rodinná péče plně odpovídá současným evropským trendům v péči o seniory, kdy je dle tzv. principu subsidiarity hlavní zodpovědnost za péči o seniora kladena na jeho rodinu. Společnost by však měla učinit vše pro to, aby se rodinní příslušníci mohli o svého blízkého postarat. Předností rodinné péče je nepochybně domácí prostředí, osobní blízký vzájemný vztah seniora a pečujících osob. Rodina naplňuje potřeby seniora nejen po stránce zdravotní a sociální, ale také emocionální. Ukazuje se, že je rodinná péče efektivnější jak po stránce kvalitativní, tak i finanční (Bartoňová, 2005). Tato forma péče má však také svá omezení. Za její určitou nevýhodu můžeme označit odbornou (zdravotnickou) nezpůsobilost členů rodiny. Problémem se stává vysoká časová náročnost péče o seniora, zejména v situaci, kdy jsou členové rodiny zaměstnáni. Pochopitelně podmínkou rodinné péče by mělo být také to, zda si ji senior přeje. Je zřejmé, že model rodinné péče může úspěšně fungovat pouze za předpokladu podpory a pomoci ze strany společnosti ve formě nejrozličnějších specializovaných i běžných služeb (Barvíková, 2005).

Terénní a ambulantní péče úzce souvisejí s rodinnou péčí, jejich hlavní význam tkví právě v doplnění rodinné péče, pomoci a odlehčení rodině. Kromě této stěžejní úlohy mohou terénní a ambulantní služby také do určité míry nahrazovat rodinnou péči, zejména v situaci, kdy je senior natolik soběstačný, že je schopen samostatného bydlení. Mezi druhy terénní péče řadíme například osobní asistenci, pečovatelskou službu, home care a odlehčovací služby. Příkladem ambulantní péče jsou například denní stacionáře.

Institucionální (pobytová) péče nachází své uplatnění v situaci, kdy se rodina z různých důvodů nemůže či nechce o svého blízkého seniora postarat, senior rodinu nemá, či pokud si senior rodinnou péčí nepřeje, zároveň však není schopen samostatného a nezávislého bydlení. Institucionální péče představuje široký zastřešující pojem pro pobytové zdravotní i sociální služby poskytované různými druhy institucí, od lůžkových oddělení nemocnic, léčeben pro dlouhodobě nemocné, po domovy pro seniory, zařízení komunitní péče, hospice a další instituce (Habart, 2006).

V odborné literatuře zpravidla nalezneme péči o seniory rozčleněnou na péči zdravotní a sociální, mimo jiné s ohledem na odlišné způsoby financování těchto služeb. Uvedené členění je respektováno i v této práci, avšak s nutným důrazem na fakt, že v praxi tyto dvě složky striktně oddělit nelze, neboť spolu velmi úzce souvisejí a vzájemně se doprovázejí.

4.1 Zdravotní péče o seniory

Primární zdravotní péči seniorům zajišťuje **praktický lékař pro dospělé**. V péči o seniory spolupracuje s rodinou, odbornými specialisty a také s ostatními složkami primární péče, jako je například **domácí ošetrovatelská služba**. Praktický lékař domácí ošetrovatelskou péči (tzv. home care) doporučuje, služba je hrazena zdravotní pojišťovnou seniora, a to v rozsahu 3 hodin denně, případně rozložených do 3 kratších návštěv (Haškovcová, 2010). Předpokladem domácí ošetrovatelské péče je stabilizovaný klinický stav seniora, který umožňuje jeho pobyt v domácím prostředí. Home care je zajišťována různými státními i nestátními agenturami domácí péče, pro které pracují zkušené zdravotní sestry (Dvořáčková, 2012).

Specializovanou zdravotní péči poskytují ambulantní lékaři – specialisté na jednotlivé medicínské obory. Důležitá je úloha specialistů na nemoci ve stáří, **geriatrů**, kterých je však stále velký nedostatek a jejichž péče není dostupná ve všech částech České republiky (Haškovcová, 2010).

V rámci institucionální zdravotní péče dochází od 90. let minulého století k výrazným proměnám. Především jsou přísně odlišována **akutní lůžka** a tzv. **lůžka následné péče**. V případě nutnosti hospitalizace senior pobývá nejprve ve standardní nemocnici

na tzv. akutním lůžku. Pobyt na akutním lůžku je však velmi nákladný, proto je zde senior pouze na nezbytně nutnou dobu řešení akutních zdravotních obtíží. V některých nemocnicích poskytují akutní a specializovanou péči seniorům tzv. geriatrická oddělení, či přímo geriatrické kliniky. Potřebuje-li senior i nadále zdravotní péči, je přestěhován na tzv. **lůžko následné péče**. V České republice existují v současné době dvě základní formy následné péče: léčebny pro dlouhodobě nemocné (tzv. **léčebná lůžka**) a tzv. **ošetřovatelská lůžka**. Oproti minulosti je pobyt v léčebně pro dlouhodobě nemocné omezen na dobu 5, resp. 3 měsíců. Pokud se nemocný nemůže po této době vrátit domů, může být přesunut na tzv. ošetřovatelské lůžko, kde může být neomezeně dlouho. Tento typ lůžka je nejlevnější, ale bohužel tomu také odpovídá úroveň poskytované péče (Haškovcová, 2010).

Haškovcová (2010) hodnotí současný systém zdravotní péče o seniory jako nedostatečný. Není jasná jednotná koncepce, problematické je financování péče, praktičtí lékaři tak nejsou motivováni například k návštěvám v domovech seniorů. Chybí provázanost jednotlivých typů zdravotní péče a transparentní provázanost se sociálními službami.

4.2 Sociální péče o seniory

4.2.1 Současné trendy v sociální péči o seniory

Oblast sociální péče o seniory v České republice doznala v období od 90. let 20. století a především v posledních deseti letech výrazných změn. Zatímco systém sociální péče v období druhé poloviny 20. století lze charakterizovat důrazem na institucionalizovanou péči, postupně jsme v Evropě již zhruba od 70. let 20. století svědky změny přístupů. Lůžková péče se ukazuje jako velmi nákladná a navíc negativně vnímaná samotnými seniory, kteří upřednostňují možnost zůstat doma i v případě nemoci. Na počátku 80. let 20. století byla vypracována tzv. strategie **4D**, která označuje nastupující trendy v péči o seniory. **Deinstitucionalizace** znamená podporu jiným formám péče o seniory, než je institucionální péče. **Demedicinalizace** vyjadřuje myšlenku, že lékaři nemohou vyřešit všechny problémy nemocných seniorů. V případě

léčby musí mít na paměti kvalitu života svých pacientů. **Deprofesionalizace** upozorňuje na velké množství laických pečujících osob o seniory a obhajuje postoj, že nikomu (pochopitelně s náležitým poučením) nesmí být bráněno podílet se na péči o seniory. **Deresortizace** znamená, že se lidé ze všech resortů společnosti mohou určitým způsobem podílet na podpoře seniorů. Hovoříme o celospolečenské propojenosti seniorské problematiky (Haškovcová, 2010).

4.2.2 Legislativní úprava sociální péče

V souvislosti s celospolečenským vývojem po roce 1989 a uvedenými mezinárodními trendy sociální péče o seniory dochází také v České republice k výrazným změnám v oblasti sociálních služeb, spočívajícím především v rozvoji terénních sociálních služeb, ale také transformaci rezidenčních služeb pro seniory. Významným mezníkem v procesu transformace sociálních služeb se stalo přijetí zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, účinného od 1. ledna 2007.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů, upravuje podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci (tedy i seniorům) prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči, podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, výkon veřejné správy v oblasti sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a předpoklady pro výkon činnosti v sociálních službách. Zákon dále stanovuje předpoklady pro výkon profese sociálního pracovníka v sociálních službách, při pomoci v hmotné nouzi, v rámci sociálně-právní ochrany dětí, ve školách a školských zařízeních, u poskytovatelů zdravotních služeb, ve věznicích a v zařízeních pro zajištění cizinců či v azylových zařízeních.

§ 2 uvedeného zákona uvádí základní zásady poskytování sociálních služeb. *Každá osoba má nárok na bezplatné poskytnutí základního sociálního poradenství o možnostech řešení nepříznivé sociální situace nebo jejího předcházení. Rozsah a forma pomoci a podpory musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, posilovat jejich sociální začleňování. Sociální*

služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob.

Kromě výše uvedených zásad zákon přináší řadu koncepčních změn. Především zákon upravuje **příspěvek na péči** a podmínky nároku na něj. Příspěvek na péči náleží osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Jeho výše závisí na stupni závislosti osoby na pomoci jiné fyzické osoby. Z příspěvku na péči by si pak osoba měla hradit potřebné sociální služby.

Zákon o sociálních službách stanovuje povinnosti poskytovatelů sociálních služeb, mezi něž patří především povinnost poskytovatele registrovat se v Registru poskytovatelů sociálních služeb, dodržovat standardy kvality sociálních služeb, plánovat průběh poskytování sociální služby dle osobních cílů, potřeb a schopností klienta a uzavřít s příjemcem služby (klientem) smlouvu o poskytování sociální služby.

Některá ustanovení zákona o sociálních službách dále rozpracovává prováděcí vyhláška k tomuto zákonu (vyhláška č. 505/2006 Sb.). Významná je především příloha č. 2 vyhlášky, která uvádí obsah jednotlivých standardů kvality sociálních služeb.

Sociální službu definuje zákon o sociálních službách (§ 3, Zákon č. 108/2006 Sb.) jako *činnost nebo soubor činností zajišťujících pomoc a podporu osobám za účelem sociálního začlenění nebo prevence sociálního vyloučení*. Mezi základní druhy sociálních služeb dle uvedeného zákona patří **sociální poradenství, služby sociální péče a služby sociální prevence**. Zákon rozlišuje tři formy poskytování sociálních služeb. **Pobytové služby** jsou spojeny s ubytováním v zařízeních sociálních služeb. **Ambulantní služby** jsou služby, za nimiž osoba dochází či je dopravována, jejich součástí není ubytování. **Terénní služby** jsou osobám poskytovány v jejich přirozeném sociálním prostředí. Poskytovatelem sociální služby mohou být státní, krajské či obecní organizace, nestátní neziskové organizace, církve, právnické i fyzické osoby, které jsou k této činnosti oprávněny. Většina sociálních služeb je poskytována za úhradu, maximální ceny za služby stanovuje prováděcí vyhláška k zákonu o sociálních službách. Některé služby jsou zdarma.

Sociální poradenství zahrnuje **základní sociální poradenství**, které je základní činností při poskytování všech druhů sociálních služeb a je poskytováno bezplatně,

a **odborné sociální poradenství**, které je zaměřeno na potřeby jednotlivých sociálních skupin osob a zahrnuje nejen odborné poradenství, ale také sociální práci a půjčování kompenzačních pomůcek.

Služby sociální péče pomáhají osobám zajistit jejich fyzickou a psychickou soběstačnost. Jejich cílem je umožnit klientům co největší možnou míru zapojení do běžného života společnosti, a pokud to není možné, zajistit jim důstojné prostředí a zacházení.

Služby sociální prevence mají za úkol bránit sociálnímu vyloučení osob, které jsou tím ohroženy. Cílem služeb sociální prevence je pomáhat osobám překonávat jejich nepříznivou sociální situaci a chránit společnost před vznikem a rozvojem nežádoucích společenských jevů.

Mezi nejrozšířenější terénní služby sociální péče o seniory patří **pečovatelská služba**. Jejím cílem je především zajistit základní životní potřeby klientů a umožnit jim samostatný a nezávislý život v jejich domácnosti. Důležitou úlohu představuje také vysoce individualizovaná **osobní asistence**. Významnou podporou pro rodiny pečující o seniory jsou **odlehčovací služby**, které mohou mít formu terénní, ambulantní i pobytovou. Z nejčastěji využívaných ambulantních služeb sociální péče pro seniory lze uvést **centra denních služeb a denní stacionáře**, které umožňují rodinným příslušníkům pečovat o blízké seniory a zároveň přes den řešit vlastní povinnosti, práci apod. Za velmi přínosné lze označit zavedení tzv. **tísňové péče**, nepřetržité distanční hlasové a elektronické komunikace s osobami, které žijí samy a mohou být vzhledem ke svému zdravotnímu stavu ohroženy na zdraví či na životě. Z dalších terénních a ambulantních služeb sociální péče jmenujme **průvodcovské a předčitatelské služby**, které napomáhají osobám se sníženou schopností orientace či komunikace osobně si vyřídit vlastní záležitosti.

Také služby sociální prevence poskytované seniorům si zaslouží pozornost. Významnou úlohu představuje **sociální rehabilitace**, jejímž cílem je udržení či obnova praktické soběstačnosti seniorů. **Sociálně-aktivizační služby** pro seniory a osoby se zdravotním postižením představují ambulantní či terénní službu poskytovanou zpravidla jako

součástí dalších služeb. Mezi služby sociální prevence patří také **tlumočnické služby**, terénní či ambulantní, poskytované zdarma osobám s poruchami komunikace.

4.2.3 Pobytová zařízení pro seniory v České republice

Významnými změnami prošla v souvislosti s reformou sociálních služeb pobytová zařízení pro seniory. Zákon č. 108/2006 Sb. uvádí následující typy zařízení:

Domovy pro seniory poskytují dle zákona č. 108/2006 Sb. *pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost zejména z důvodu věku, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby*. Svým klientům nabízejí následující služby: ubytování a stravování, pomoc při osobní hygieně či poskytnutí podmínek pro ni, pomoc při zvládání běžných úkonů péče o vlastní osobu, zprostředkování kontaktu se společenským prostředím, sociálně terapeutické činnosti, aktivizační programy a pomoc při uplatňování práv a oprávněných zájmů a při obstarávání ostatních záležitostí.

Dalším pobytovým zařízením sociální péče jsou **domovy se zvláštním režimem**. Zde jsou poskytovány služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu chronického duševního onemocnění nebo závislosti na návykových látkách, ale také osobám se sníženou soběstačností z důvodu stařecké, Alzheimerovy a jiných typů demence, jejichž stav vyžaduje pravidelnou pomoc jiné fyzické osoby. Režim v těchto domovech je přizpůsoben specifickým potřebám těchto osob.

Senioři mohou být ubytováni také v **domovech pro osoby se zdravotním postižením**, které poskytují pobytové služby osobám se sníženou soběstačností z důvodu zdravotního postižení.

Specifickým typem pobytové služby sociální péče o seniory jsou **sociální služby poskytované ve zdravotnických zařízeních lůžkové péče**. Poskytují se osobám, které již nevyžadují lůžkovou péči, ale vzhledem ke svému zdravotnímu stavu nejsou schopny se obejít bez pomoci jiné fyzické osoby, a nemohou být proto propuštěny ze zdravotnického zařízení lůžkové péče do doby, než je péče o ně zabezpečena jiným způsobem.

4.3 Systém poskytování logopedické intervence v České republice

Logopedická intervence v České republice je realizována v rámci tří resortů: resortu školství, mládeže a tělovýchovy, resortu zdravotnictví a resortu práce a sociálních věcí.

Logopedická intervence v resortu školství je určena dětem, žákům a studentům s narušenou komunikační schopností. Na jejím zajištění se podílejí logopedičtí asistenti a speciální pedagogové – logopedi (Fukanová, 2007). Logopedický asistent je absolventem bakalářského studijního programu speciální pedagogiky na pedagogické fakultě zakončeného státní závěrečnou zkouškou z logopedie, popř. surdopedie. Pracuje pod supervizí logopeda ve školství. Speciální pedagog – logoped je absolvent magisterského studijního programu speciální pedagogiky na pedagogické fakultě se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie (Kopečný, 2014).

Logopedická intervence u seniorů je poskytována v rámci resortů zdravotnictví a práce a sociálních věcí. V resortu zdravotnictví mohou působit logoped a klinický logoped. Logoped je absolventem studia logopedie či speciální pedagogiky se státní závěrečnou zkouškou z logopedie a surdopedie. Po splnění určitých podmínek je zařazen do specializačního vzdělávání. Logoped nemůže získat licenci k provozování vlastní privátní praxe, pracuje pod supervizí klinického logopeda. Výkony, které smí provádět, jsou omezené. Klinický logoped je absolventem specializační přípravy zakončené zkouškou. Může pracovat samostatně a po splnění dalších podmínek získat licenci k provozování vlastní soukromé praxe. V rámci resortu zdravotnictví mohou klinický logoped a logoped působit ve státních i soukromých logopedických ambulancích, či na logopedických pracovištích v rámci lůžkových foniatrických, pediatrických, psychiatrických, neurologických, rehabilitačních oddělení, na odděleních plastické chirurgie, ale také v léčebnách pro dlouhodobě nemocné, v lázních či na specializovaných pracovištích (např. JIP) (Fukanová, 2007).

Logopedická péče v resortu práce a sociálních věcí by měla být součástí ucelené rehabilitace poskytovatelů sociálních služeb. Logopedi, kliničtí logopedi i speciální pedagogové se specializací logopedie a surdopedie mohou působit v pobytových i ambulantních zařízeních sociální péče (denní a týdenní stacionáře, domovy pro seniory, domovy pro osoby se zdravotním postižením apod.). Dosud však neexistuje

ucelená koncepce a odborné zázemí pro práci logopedů v zařízeních sociální péče, na rozdíl od resortu zdravotnictví nejsou stanoveny přesné kvalifikační předpoklady pro práci logopeda v sociálních službách, logopedická péče není v resortu práce a sociálních věcí legislativně ukotvena (Fukanová, 2007).

Rozdílné je také financování logopedické intervence. Logopedická péče ve zdravotnictví je hrazena z veřejného zdravotního pojištění, jednotlivé výkony jsou přesně vymezeny v seznamu zdravotních výkonů (vyhláška č. 350/2015 Sb.). Zdravotnické zařízení (právníká či fyzická osoba) má pak uzavřenu smlouvu se zdravotními pojišťovnami, která upřesňuje podmínky úhrady této zdravotní péče.

Možnosti financování logopedické péče v sociálních službách jsou dvojí. Zařízení sociální péče mohou přímo zaměstnat logopeda/ klinického logopeda, ať již na základě dohody o provedení práce, dohody o pracovní činnosti, nebo plného či částečného pracovního poměru. Do zařízení může také docházet klinický logoped a účtovat výkony za jednotlivé pacienty zdravotní pojišťovně. Pak se jedná o poskytování individuální logopedické intervence klinickým logopedem, které spadá do resortu zdravotnictví.

5 Zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory

5.1 Formulace cílů a hypotéz

Hlavním cílem výzkumu je zjistit a popsat, zda a jakým způsobem je zajištěna logopedická intervence u seniorů v domovech pro seniory v České republice.

Dílními cíli výzkumu je zjistit:

- 1) jaká je míra pokrytí domovů pro seniory zajištěním logopedické intervence,
- 2) jak často je zde logopedická intervence realizována a v jakém rozsahu,
- 3) jak je logopedická intervence hrazena, tj. kdo ji zajišťuje,
- 4) kterým skupinám seniorů s narušenou komunikační schopností je logopedická intervence poskytována nejčastěji,
- 5) jaké materiály jsou při logopedické intervenci nejčastěji využívány,
- 6) jaké speciálně-pedagogické terapie domovy pro seniory svým klientům nabízejí,
- 7) jaké jsou postoje představitelů domovů pro seniory k potřebnosti logopedické intervence u seniorů,
- 8) jaké jsou z pohledu představitelů domovů pro seniory nejčastější důvody neposkytování logopedické intervence v těchto zařízeních.

Ve vztahu k cílům výzkumu byl zvolen kombinovaný typ výzkumu, kvantitativní popisné šetření doplněné kvalitativní částí, a byly stanoveny následující hypotézy:

Hypotéza H₁: Neposkytování logopedické intervence v domovech pro seniory je nejčastěji způsobeno nedostatkem financí pro její zajištění.

Hypotéza H₂: Logopedická intervence je v domovech pro seniory zajišťována častěji externími klinickými logopedy, než logopedy v pozici zaměstnanců domovů.

Hypotézy H₁ a H₂ byly stanoveny na základě obecně vnímaného nedostatku finančních prostředků poskytovatelů sociálních služeb na osobní náklady a zajištění služeb.

Hypotéza H₃: Mezi kapacitní velikostí domovů pro seniory a zajištěním logopedické intervence je pozitivní vztah.

Při stanovení hypotézy bylo vycházeno z předpokladu, že v domovech pro seniory s větší kapacitou klientů žije pravděpodobně více klientů s narušenou komunikační schopností a tedy zde vzniká větší poptávka po logopedické intervenci, která pak může ovlivnit postoje vedoucích představitelů domovů k zajištění logopedické intervence.

5.2 Metody výzkumu

Těžištěm této empirické části práce je kvantitativní výzkum. Hlavní metodou sběru dat bylo zvoleno dotazníkové šetření. Data získaná tímto šetřením byla následně analyzována a zpracována metodou deskriptivní statistiky v programu Microsoft Office Excel 2010. Pro ověření stanovených hypotéz byly využity test dobré shody a test nezávislosti chí-kvadrát. Kvantitativní výzkum je dále doplněn kvalitativní metodou, realizací polostrukturovaných rozhovorů se čtyřmi logopedkami, které poskytují logopedickou intervenci v domovech pro seniory, a následnou analýzou záznamů rozhovorů.

Při sestavování dotazníku byl vzat v úvahu parciální výzkum na dané téma realizovaný na území tří krajů České republiky (Hapalová, 2011). V zájmu zajištění případné budoucí porovnatelnosti výsledků obou výzkumů byl jako východisko pro sestavení dotazníku využit dotazník z uvedeného výzkumu. Uvedený dotazník byl však výrazně modifikován, především zkrácen a dále doplněn o některé nové položky. Dotazy byly formulovány tak, aby byly srozumitelné a jednoznačné i pro pracovníky domovů, kteří se v oblasti logopedie nepohybují. Před vlastní distribucí dotazníku byla jeho formální i obsahová srozumitelnost ověřena realizací předvýzkumu ve třech domovech pro seniory. Respondenti tohoto předvýzkumu byli požádáni, aby se vyjádřili k případným nejasnostem v dotazníku či nevhodným formulacím otázek. Na základě tohoto šetření pak byla podoba dotazníku finalizována. Data získaná v předvýzkumu nebyla zahrnuta do následného šetření.

Výsledný dotazník obsahoval dvě části, část společnou pro všechny respondenty, čítající 17 otázek, a část specifickou, která se lišila pro respondenty, kteří odpověděli, že jejich zařízení neposkytuje logopedickou intervenci (jejich část zahrnovala další dvě otázky), a ty, kteří odpověděli, že v jejich domově logopedická intervence probíhá

(jejich část obsahovala další tři otázky). Dotazník byl vyhotoven v elektronické formě v programu Dokumenty Google. Seznam domovů pro seniory byl získán z Registru poskytovatelů sociálních služeb, který je dostupný na webových stránkách Ministerstva práce a sociálních věcí. Každý e-mailový kontakt uvedený v Registru poskytovatelů byl ověřen a zkontrolován na webových stránkách daného domova pro seniory. V případě, že na stránkách domova byl uveden přesnější kontakt, např. na ředitele zařízení, byl využit tento kontakt. Dotazník byl respondentům rozeslán elektronickou poštou s průvodním dopisem a hypertextovým odkazem na webové stránky s dotazníkem. Sběr dat se uskutečnil v období od listopadu 2015 do ledna 2016.

V rámci dotazníkového šetření bylo získáno pouze osm kontaktů na klinické logopedky poskytující logopedickou intervenci v domovech pro seniory, ostatní respondenti žádný kontakt neuvedli. Se čtyřmi logopedkami, které souhlasily s rozhovorem, byly v měsících únoru a počátkem března realizovány polostrukturované rozhovory za účelem získání doplňujících informací o konkrétní podobě logopedické intervence v domovech pro seniory. Analýze získaných kvalitativních dat je věnována samostatná subkapitola výzkumné části práce.

5.3 Charakteristika základního a výběrového souboru

Do základního souboru realizovaného výzkumu byli zahrnuti představitelé všech domovů pro seniory v České republice uvedených v Registru poskytovatelů sociálních služeb. K datu 18. 11. 2015 činil celkový počet domovů pro seniory v Registru poskytovatelů sociálních služeb 513. Tabulka č. 3 zobrazuje základní soubor – počty domovů pro seniory v České republice a jejich rozložení v jednotlivých krajích.

Všechny kontakty uvedené v Registru poskytovatelů sociálních služeb se podařilo ověřit. Dotazník s průvodním dopisem byl zaslán do všech 513 domovů pro seniory. V případě, že mělo několik domovů jednoho společného provozovatele a společného ředitele, byly dotazníky zvlášť zaslány vedoucím jednotlivých poboček či vedoucím sociálním pracovníkům.

Kraj	Počet domovů pro seniory
Hlavní město Praha	27
Středočeský kraj	72
Jihočeský kraj	39
Plzeňský kraj	25
Karlovarský kraj	17
Ústecký kraj	41
Liberecký kraj	19
Královéhradecký kraj	35
Pardubický kraj	25
Vysočina	24
Jihomoravský kraj	47
Olomoucký kraj	35
Moravskoslezský kraj	69
Zlínský kraj	38
Celkem	513

Tabulka č. 3: Základní soubor – počet domovů pro seniory dle Registru poskytovatelů sociálních služeb ke dni 18. 11. 2015

Kraj	Počet respondentů	Návratnost dotazníků
Hlavní město Praha	11	40,7 %
Středočeský kraj	30	41,7 %
Jihočeský kraj	16	41,0 %
Plzeňský kraj	6	24,0 %
Karlovarský kraj	3	17,6 %
Ústecký kraj	21	51,2 %
Liberecký kraj	10	52,6 %
Královéhradecký kraj	17	48,6 %
Pardubický kraj	12	48,0 %
Kraj Vysočina	14	58,3 %
Jihomoravský kraj	22	46,8 %
Olomoucký kraj	19	54,3 %
Moravskoslezský kraj	27	39,1 %
Zlínský kraj	13	34,2 %
Celkem	221	43,1 %

Tabulka č. 4: Výběrový soubor – návratnost dotazníků celkem i podle krajů

5.4 Analýza a interpretace dat

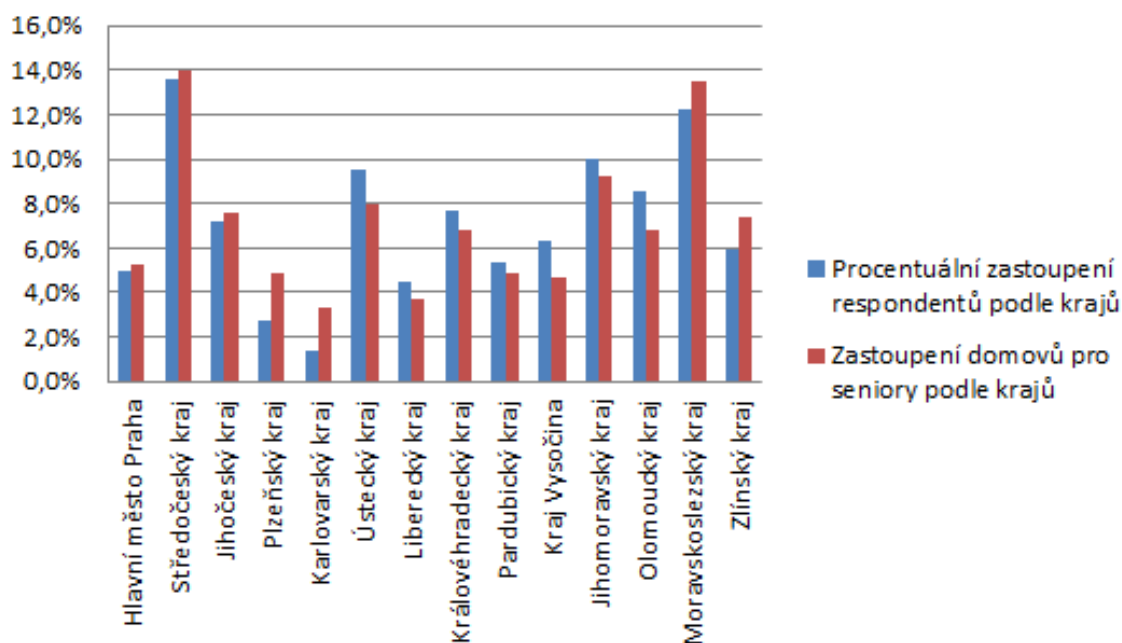
5.4.1 Zastoupení respondentů podle krajů

Kraj	Počet respondentů	Zastoupení respondentů podle krajů	Zastoupení všech domovů pro seniory podle krajů
Hlavní město Praha	11	5,0 %	5,3 %
Středočeský kraj	30	13,6 %	14,0 %
Jihočeský kraj	16	7,2 %	7,6 %
Plzeňský kraj	6	2,7 %	4,9 %
Karlovarský kraj	3	1,4 %	3,3 %
Ústecký kraj	21	9,5 %	8,0 %
Liberecký kraj	10	4,5 %	3,7 %
Královéhradecký kraj	17	7,7 %	6,8 %
Pardubický kraj	12	5,4 %	4,9 %
Kraj Vysočina	14	6,3 %	4,7 %
Jihomoravský kraj	22	10,0 %	9,2 %
Olomoucký kraj	19	8,6 %	6,8 %
Moravskoslezský kraj	27	12,2 %	13,5 %
Zlínský kraj	13	5,9 %	7,4 %
Celkem	221	100,0 %	100,0 %

Tabulka č. 5: Porovnání zastoupení respondentů podle krajů a zastoupení domovů pro seniory podle krajů

Zastoupení respondentů podle krajů zobrazuje tabulka č. 5. Největší poměrné zastoupení ve výběrovém souboru tvoří respondenti ze Středočeského (13,6 %), Moravskoslezského (12,2 %) a Jihomoravského kraje (10,0 %). Je to dáno tím, že se jedná o kraje s nejvyššími počty domovů pro seniory, tedy i při spíše průměrné návratnosti dotazníků byl celkový počet respondentů v těchto krajích nejvyšší. Nejmenší poměrné zastoupení (pod 5 %) ve výzkumném vzorku mají Karlovarský (1,4 %), Plzeňský (2,7 %) a Liberecký kraj (4,5 %). Částečně je to způsobeno tím, že v uvedených krajích je celkově nižší počet domovů pro seniory, a tak například navzdory vysoké návratnosti v Libereckém kraji je poměrné zastoupení tohoto kraje nižší. Karlovarský a Plzeňský kraj jsou však zároveň kraje s velmi nízkou návratností dotazníků, což také výrazně přispělo k celkově velmi nízkému zastoupení respondentů

z těchto krajů ve výběrovém souboru. Tabulka č. 5 a graf č. 1 také přinášejí porovnání poměrného zastoupení respondentů podle krajů a poměrného zastoupení domovů pro seniory ze základního souboru podle krajů. Vidíme, že zastoupení respondentů podle krajů a zastoupení domovů pro seniory podle krajů je poměrně proporcionální, zpravidla se odchyluje pouze o několik desetín procenta. Největší rozdíly v zastoupení vidíme u Plzeňského kraje a Karlovarského kraje (-2,2 % a -1,9 %) a dále u Olomouckého kraje, Kraje Vysočina a Ústeckého kraje (1,8 %, 1,6 % a 1,5 %).



Graf č. 1: Porovnání zastoupení respondentů podle krajů a zastoupení domovů pro seniory podle krajů

5.4.2 Charakteristika respondentů z hlediska jejich pracovní pozice a délky praxe

Pracovní pozice respondentů

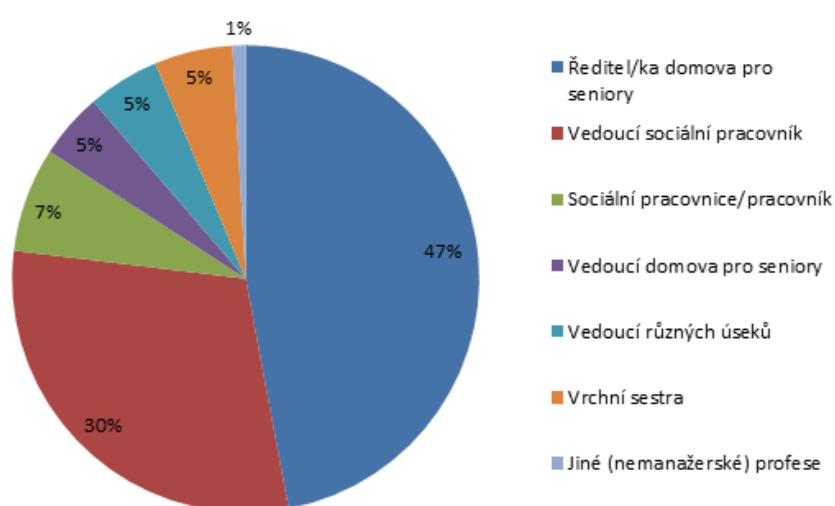
Do výzkumu bylo zařazeno celkem 221 respondentů z domovů pro seniory. Jejich konkrétní pracovní pozici znázorňuje tabulka č. 6.

V případě, že byl na webových stránkách Registru poskytovatelů sociálních služeb či na stránkách domovů pro seniory dostupný kontakt na ředitele či vedoucí domovů pro seniory, byl dotazník zaslán přímo těmito vedoucími pracovníky. Nicméně v rámci

dotazníkového šetření nebyla stanovena podmínka, aby dotazník vyplnil přímo ředitel daného zařízení, a to z několika důvodů. Snahou bylo zajistit co nejvyšší návratnost dotazníků. V některých případech se ukázalo, že je osoba ředitele společná pro několik domovů, v takových případech se jevílo jako účelnější oslovit přímo vedoucí daných domovů, či vedoucí sociální pracovníky, aby zodpověděli otázky týkající se přímo jejich zařízení. A konečně, při přípravě dotazníkového šetření bylo vycházeno z předpokladu, že pokud ředitel zařízení deleguje vyplnění dotazníku na svého podřízeného, velmi pravděpodobně osloví takového zaměstnance, který je s danou problematikou obeznámen.

Pracovní pozice respondentů	Počet	Procento
Ředitel/ka domova pro seniory	104	47,1 %
Vedoucí domova pro seniory	10	4,5 %
Vedoucí sociální pracovník	66	29,9 %
Sociální pracovník/ice	16	7,2 %
Vedoucí různých úseků	11	5,0 %
Vrchní sestra	12	5,4 %
Jiné (nemanážerské) profese	2	0,9 %
Celkem	221	100,0 %

Tabulka č. 6: Pracovní pozice respondentů



Graf č. 2: Rozložení respondentů z hlediska jejich pracovní pozice

Jak vyplývá z tabulky č. 6 a grafu č. 2, dotazník velmi často vyplnili ředitelé zařízení (47 %) či vedoucí sociální pracovníci (30 %), rovněž většina ostatních respondentů vykonává některou z vedoucích pozic v domově. Z výše uvedeného lze usuzovat, že na dotazník odpovídali respondenti, kteří jsou dobře informováni o dané problematice, jejich odpovědi lze tedy považovat za relevantní z hlediska realizovaného výzkumu.

Délka praxe respondentů v oblasti péče o seniory

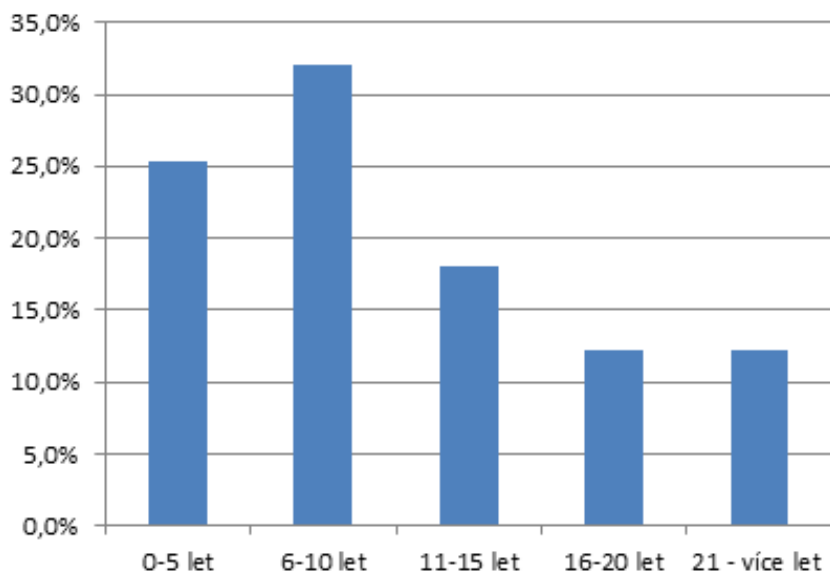
Dalším sledovaným parametrem pro charakteristiku výběrového souboru byla délka praxe respondentů v oblasti péče o seniory.

Délka praxe	Počet	Procento
0–5 let	56	25,3 %
6–10 let	71	32,1 %
11–15 let	40	18,1 %
16–20 let	27	12,2 %
21 a více let	27	12,2 %
Celkem	221	100,0 %

Tabulka č. 7: Délka praxe respondentů v oboru

Z tabulky č. 7 vyplývá, že nejvíce zastoupenou skupinou respondentů výzkumu byli pracovníci s délkou praxe v oboru péče o seniory v rozmezí 6–10 let (32,1 %) a dále 0–5 let (25,3 %). Lze tedy říci, že zhruba 57 % respondentů působí v oblasti péče o seniory kratší dobu než deset let. Tuto skutečnost můžeme hodnotit ze dvou úhlů pohledu. Je zde patrná souvislost uvedených výsledků s vývojem oblasti poskytování sociálních služeb v České republice v posledních letech. V roce 2006 byl přijat zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, který významnou měrou přispívá k transformaci oblasti poskytování sociálních služeb. Nejen ve vazbě na tento zákon, ale pochopitelně také vzhledem k demografickému vývoji společnosti jsme v posledních letech svědky nárůstu počtu domovů pro seniory, a tedy i příchodu nových pracovníků do oblasti péče o seniory. Druhým úhlem pohledu může být fakt, že v oblasti pobytových služeb

dochází k poměrně vysoké fluktuaci pracovníků vzhledem k značné náročnosti a nízkému finančnímu ohodnocení jejich práce.



Graf č. 3: Délka praxe respondentů v oboru

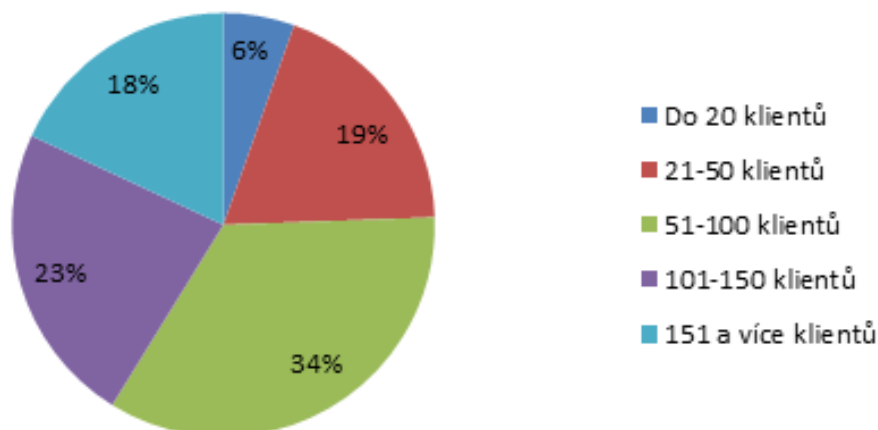
5.4.3 Charakteristika sledovaných domovů pro seniory

Kapacita zařízení

Tabulka č. 8 uvádí rozložení kapacity domovů pro seniory zařazených do výběrového souboru. Z uvedených údajů vyplývá, že nejvíce respondentů (34,4 %) pracuje v zařízení s počtem klientů 51–100, tedy v domovech pro seniory se středně vysokým počtem klientů. Nejnižší počet respondentů působí v zařízení do 20 klientů.

Kapacita zařízení	Počet zařízení	Procento
Do 20 klientů	12	5,4 %
21–50 klientů	42	19,0 %
51–100 klientů	76	34,4 %
101–150 klientů	51	23,1 %
151 a více klientů	40	18,1 %
Celkem	221	100,0 %

Tabulka č. 8: Kapacita sledovaných domovů pro seniory



Graf č. 4: Kapacita sledovaných domovů pro seniory

Věková kategorie klientů

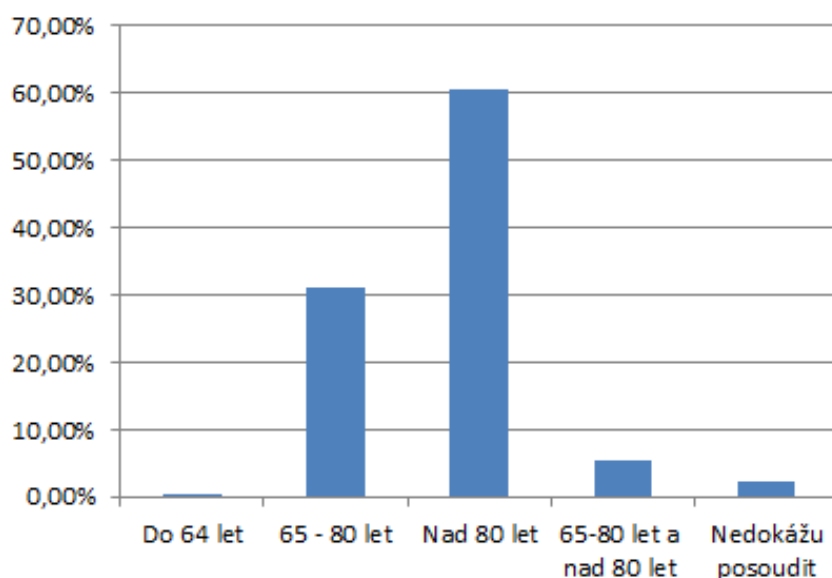
Domovy pro seniory užívají klasifikaci seniorského věku na tři základní období: do 64 let, od 65 do 80 let a nad 80 let. Proto bylo toto věkové vymezení zachováno i v rámci dotazníkového šetření. Věk klientů může představovat faktor, který souvisí s výskytem narušené komunikační schopnosti u seniorů, proto byl jedním z důležitých parametrů pro charakteristiku domovů zahrnutých do výzkumného šetření. Tabulka č. 9 zobrazuje věkové rozložení klientů sledovaných zařízení.

Věková kategorie	Počet zařízení	Procento
Do 64 let	1	0,5 %
65–80 let	69	31,2 %
Nad 80 let	134	60,6 %
65–80 let a nad 80 let	12	5,4 %
Nedokážu posoudit	5	2,3 %
Celkem	221	100,0 %

Tabulka č. 9: Věkové kategorie klientů sledovaných domovů pro seniory

Z tabulky vyplývá jednoznačná převaha zařízení, jejichž nejpočetnějšími klienty jsou senioři starší 80 let (60,6 %). V 31,2 % domovů pro seniory představují nejpočetnější skupinu klienti ve věku od 65 do 80 let. Zhruba 5,4 % respondentů uvedlo, že jsou obě tyto věkové skupiny v jejich domově zastoupeny stejnou měrou. Pouze 1 respondent uvedl, že jeho domov pro seniory obývají převážně senioři mladší 64 let. Získané údaje

potvrzují očekávání, že klienty domovů pro seniory se stávají především klienti v pozdějším seniorském věku, kdy se v souvislosti s věkem či přibývajícími zdravotními obtížemi zvyšuje potřeba péče.



Graf č. 5: Věkové kategorie klientů sledovaných domovů pro seniory

Stupeň závislosti na péči

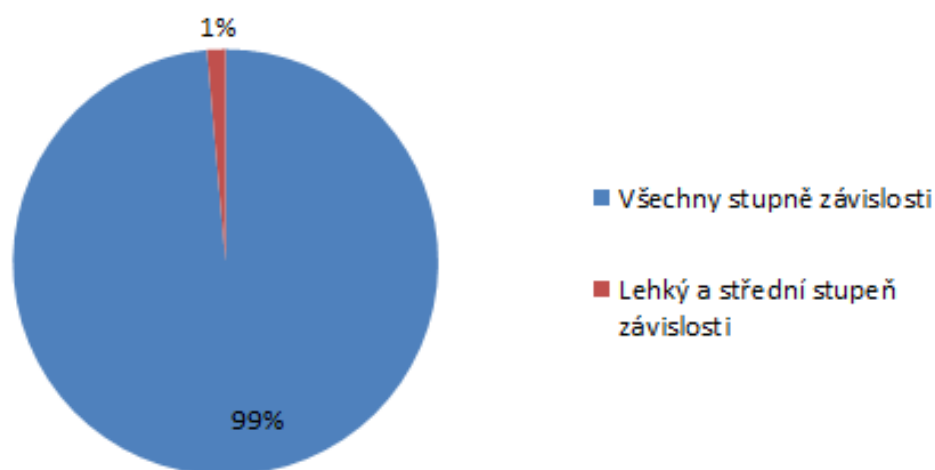
S výše uvedeným úzce souvisí další zkoumaný parametr charakterizující domovy pro seniory, stupeň závislosti klientů domova na péči. Lze předpokládat, že vyšší stupeň závislosti znamená větší zdravotní obtíže klienta včetně větší pravděpodobnosti výskytu narušené komunikační schopnosti. Charakteristiku domovů pro seniory z hlediska stupně závislosti jejich klientů na péči představuje tabulka č. 10.

Drtivá převaha sledovaných domovů pro seniory poskytuje sociální služby klientům ve všech stupních závislosti na péči, tedy i ve stavu těžké až úplné závislosti (98,6 %). Čtyři respondenti v poznámce k dotazu uvedli, že jejich klienty tvoří především senioři se třetím či čtvrtým stupněm závislosti na péči. Tento údaj koresponduje s dříve uvedenými zjištěními, že senioři vyhledávají pobytové sociální služby především v momentě, kdy přestávají samostatně zvládat péči o vlastní osobu. Úzce souvisí s výše uvedeným parametrem věku klientů domovů pro seniory – senioři se stávají více

závislími na péči druhých osob v souvislosti s progredujícími zdravotními obtížemi a rostoucím věkem. Lze předpokládat, že v zařízeních, kde jsou ubytováni klienti s těžkým stupněm závislosti, mají klienti závažné zdravotní obtíže a velmi pravděpodobně také narušenou komunikační schopnost.

Stupeň závislosti klientů na péči	Počet zařízení	Procento
Pouze lehký stupeň závislosti na péči	0	0,0 %
Lehký a střední stupeň závislosti na péči	3	1,4 %
Všechny stupně závislosti, tedy včetně stupně závislosti 3 a 4	218	98,6 %
Celkem	221	100,0 %

Tabulka č. 10: Stupně závislosti klientů sledovaných domovů pro seniory



Graf č. 6: Stupně závislosti klientů sledovaných domovů pro seniory

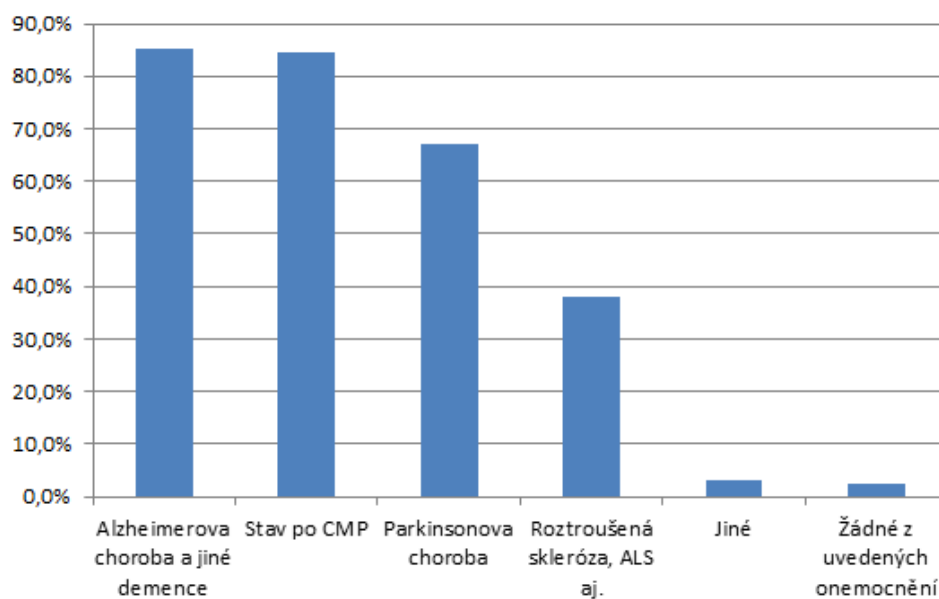
Nejčastější onemocnění klientů sledovaných domovů pro seniory ve vztahu k narušené komunikační schopnosti

Zdravotních obtíží, resp. onemocnění klientů sledovaných domovů pro seniory, se týkala další položka dotazníku. Cílem bylo zjistit, která onemocnění (mající vliv na vznik narušené komunikační schopnosti) se u klientů domovů pro seniory

vyskytují nejčastěji. U tohoto dotazu mohli respondenti zvolit více možností, případně doplnit vlastní komentář.

Nejčastější onemocnění klientů domovů (mající vliv na vznik narušené komunikační schopnosti)	Počet zařízení	Procento z celkového počtu respondentů
Alzheimerova choroba a jiné demence	188	85,1 %
Parkinsonova choroba	148	67,0 %
Roztroušená skleróza, ALS a jiná neurodegenerativní onemocnění	84	38,0 %
Stav po CMP	187	84,6 %
Jiné	7	3,2 %
Žádné z uvedených onemocnění	5	2,3 %
Počet respondentů celkem	221	

Tabulka č. 11: Nejčastější onemocnění klientů domovů pro seniory



Graf č. 7: Nejčastější onemocnění klientů domovů pro seniory

Jak vyplývá z tabulky č. 11 a grafu č. 7, ve sledovaných zařízeních žijí nejčastěji senioři s Alzheimerovou chorobou a jinými druhy demence (85,1 % domovů pro seniory) a senioři po prodělané cévní mozkové příhodě (84,6 % domovů pro seniory). 67 % respondentů také potvrdilo, že jejich klienty jsou i senioři s Parkinsonovou chorobou. Zhruba 38 % sledovaných domovů pro seniory ubytovává také klienty s roztroušenou

sklerózou, ALS a dalšími neurodegenerativními onemocněními. Pouze 5 respondentů neuvedlo žádné onemocnění. 7 respondentů (3,2 %) jmenovalo navíc ještě další onemocnění. Nejčastěji uváděnými postiženími, která mají dopad na komunikační schopnost klientů, byly lehké mentální postižení, vážná postižení sluchu, hluchoslepota, stavy po úrazech hlavy a Huntingtonova choroba.

Nabídka speciálně-pedagogických terapií v domovech pro seniory

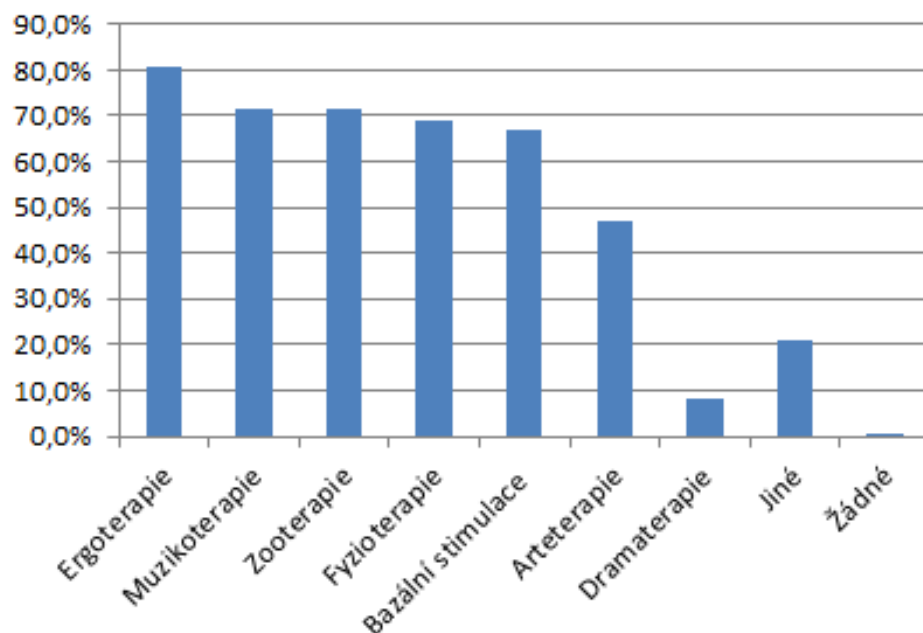
V zájmu podrobné charakteristiky sledovaných domovů pro seniory bylo dílčím cílem zjistit, které speciálně-pedagogické terapie (mimo logopedickou intervenci) uvedené domovy svým klientům nabízejí. U této položky mohli respondenti volit více možností, případně doplnit vlastní text.

Nabízené terapie	Počet	Procento z celkového počtu respondentů
Arteterapie	104	47,1 %
Ergoterapie	178	80,5 %
Dramaterapie	18	8,1 %
Muzikoterapie	158	71,5 %
Bazální stimulace	148	67,0 %
Zooterapie	158	71,5 %
Fyzioterapie	153	69,2 %
Jiné	46	20,8 %
Žádné	1	0,5 %
Celkový počet respondentů	221	

Tabulka č. 12: Nabídka terapií v domovech pro seniory

Jak vyplývá z tabulky č. 12, nejčastěji je klientům v domovech pro seniory poskytována ergoterapie (178 domovů, 80,5 %). 158 domovů pro seniory (71,5 %) nabízí svým klientům muzikoterapii a zooterapii. Významný počet domovů pro seniory poskytuje seniorům také fyzioterapii (153 domovů, 69,2 %) a bazální stimulaci (148 domovů, 67,0 %). Arteterapii zajišťuje svým klientům 104 domovů pro seniory (47,1 %). 46 respondentů (20,1 %) zvolilo možnost jiné. Nejčastěji uváděnými dalšími

terapiemi byly reminiscenční terapie, trénink kognitivních funkcí, smyslová aktivizace, validace a taneční terapie.



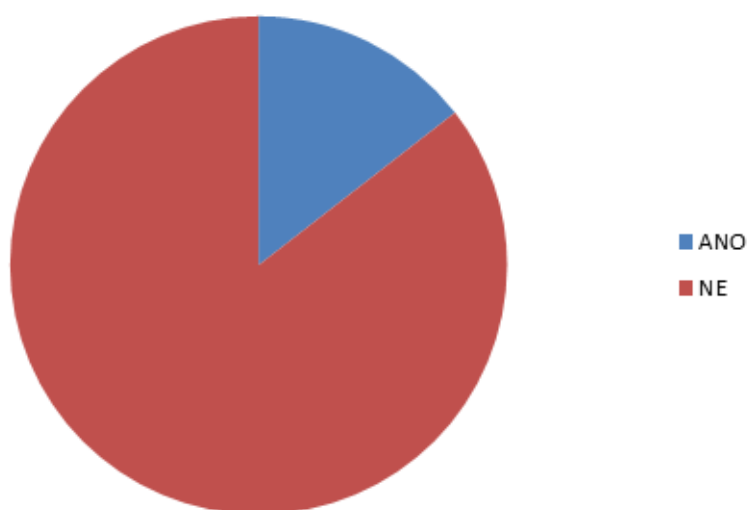
Graf č. 8: Nabídka terapií v domovech pro seniory

Vzdělání zaměstnanců domovů pro seniory v oblasti logopedie

S ohledem na hlavní cíl práce byla součástí dotazníku také položka zjišťující vzdělání či proškolení pracovníků domova v oblasti logopedie. Pouze 32 respondentů (14,5 %) odpovědělo, že jsou někteří jejich pracovníci proškoleni v uvedené oblasti. V drtivé většině sledovaných domovů pro seniory zaměstnanci proškolení v oblasti logopedie nepracují.

Proškolení zaměstnanců v oblasti logopedie	Počet	Procento
ANO	32	14,5 %
NE	189	85,5 %
Celkem	221	100,0 %

Tabulka č. 13: Proškolení zaměstnanců v oblasti logopedie



Graf č. 9: Proškolení zaměstnanců v oblasti logopedie

Důležité je však také analyzovat formy proškolení těchto zaměstnanců, které uvádí tabulka č. 12. 11 respondentů (34,4 %) uvedlo, že v jejich domově pracují zaměstnanci, kteří získali znalost v oblasti logopedie studiem na vysoké škole. Podobný počet respondentů (10, 31,3 %) se domnívá, že jejich zaměstnanci byli proškoleni v oblasti logopedie v rámci odborných seminářů a přednášek. Z jiných způsobů proškolení zaměstnanců bylo nejčastěji uváděno zaškolení klinickým logopedem. Je zřejmé, že většina respondentů, kteří odpověděli kladně, neměli na mysli přímo vzdělání zaměstnanců zajišťující jim kvalifikaci logopeda, ale pouhé bližší seznámení s problematikou péče o jedince s narušenou komunikační schopností.

Způsob proškolení zaměstnanců v oblasti logopedie	Počet	Procento
Formou odborných kurzů	4	12,5 %
Formou odborných seminářů a přednášek	10	31,3 %
Studiem na střední či vyšší odborné škole	3	9,4 %
Studiem na vysoké škole	11	34,4 %
Jiné	4	12,5 %
Celkem	32	100,0 %

Tabulka č. 14: Způsob proškolení zaměstnanců v oblasti logopedie

5.4.4 Zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory

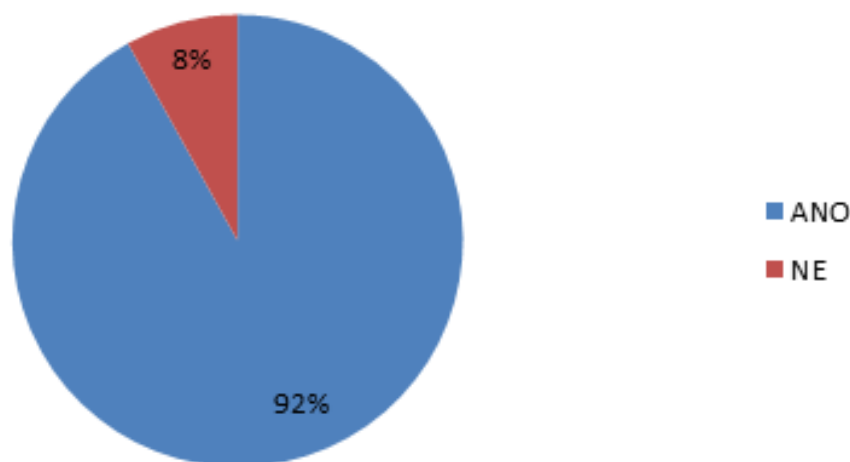
Výskyt narušené komunikační schopnosti u klientů domovů pro seniory

Hlavním cílem výzkumu bylo zjistit, zda je v domovech pro seniory, ve kterých žijí klienti s narušenou komunikační schopností, zajišťována logopedická intervence. První položkou týkající se hlavního výzkumného cíle tedy byl dotaz, zda mají klienti sledovaných domovů pro seniory narušenou komunikační schopnost, či nikoliv. Dle vyjádření respondentů v 91,9 % sledovaných domovů pro seniory žijí klienti s narušenou komunikační schopností (tabulka č. 15).

Výskyt narušené komunikační schopnosti	Počet	Procento
ANO	203	91,9 %
NE	18	8,1 %
Celkem	221	100,0 %

Tabulka č. 15: Výskyt narušené komunikační schopnosti u klientů v domovech pro seniory

Zjištěné hodnoty úzce korelují s údaji o nejčastějších onemocněních klientů domovů pro seniory, která mají vliv na vznik narušené komunikační schopnosti. Představitelé domovů pro seniory si většinou uvědomují poruchy komunikace klientů a obtíže v dorozumívání s nimi. Zajímavé jsou při pohledu do tabulky č. 15 hodnoty druhého řádku. 18 respondentů uvedlo, že v jejich domově nežijí klienti s narušenou komunikační schopností. Zároveň však pouze dva z těchto respondentů v předchozím dotazu týkajícím se onemocnění seniorů neuvedli žádné přítomné onemocnění, které by vedlo k narušené komunikační schopnosti. Zbývajících 16 respondentů potvrdilo, že v jejich zařízení žijí senioři s Alzheimerovou chorobou a jinými typy demence, Parkinsonovou chorobou, roztroušenou sklerózou či ALS nebo senioři po cévních mozkových příhodách. Lze se tedy domnívat, že v řadě z těchto zařízení se v souvislosti s uvedenými chorobami vyskytuje u klientů určitý stupeň narušení komunikační schopnosti, kterému však dotyční respondenti nepřikládají patřičnou důležitost.



Graf č. 10: Výskyt narušené komunikační schopnosti u klientů v domovech pro seniory

Zajištění logopedické intervence

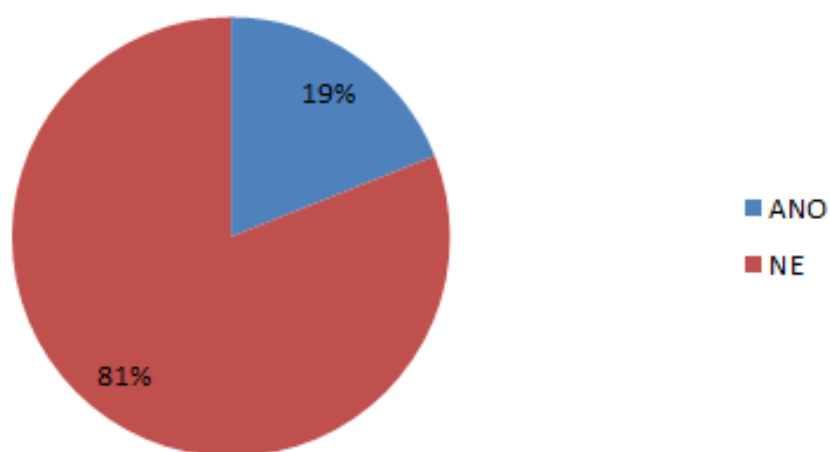
Zásadní položku dotazníku vzhledem k hlavnímu cíli výzkumného šetření představuje dotaz na zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory. Z tabulky č. 16 lze vyvodit následující závěry. 42 respondentů (19 %) uvedlo, že je v jejich domově poskytována logopedická intervence. 179 respondentů (81 %) sdělilo, že v jejich zařízení logopedická intervence zajištěna není.

Logopedická intervence	Počet	Procento
ANO	42	19,0 %
NE	179	81,0 %
Celkem	221	100,0 %

Tabulka č. 16: Zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory

Pro správnou interpretaci uvedených údajů je však nutné analyzovat tyto hodnoty ve vztahu k dalším proměnným. Uvedený dotaz respondenti zodpověděli plně ve shodě s předchozí položkou dotazníku. Všichni respondenti, kteří odpověděli záporně na otázku výskytu narušené komunikační schopnosti, také potvrdili, že v jejich zařízení neprobíhá logopedická intervence. Z dotazníkového šetření vyplynulo, že logopedickou intervencí zajišťuje 42 domovů pro seniory (20,7 %) z celkem 203 domovů, ve kterých dle vyjádření respondentů žijí senioři s narušenou komunikační schopností. Při bližším

pohledu na způsoby a formy realizace logopedické intervence v těchto zařízeních však zjistíme, že reálný počet domovů zajišťujících logopedickou intervenci je o něco nižší než výše uvedené číslo. Celkem byly respondentům, kteří odpověděli kladně na poskytování logopedické intervence v jejich zařízení, položeny tři doplňující dotazy.



Graf č. 11: Zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory

Způsoby zajištění logopedické intervence

Tabulka č. 17 uvádí způsoby zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory. V žádném ze sledovaných zařízení není logoped zaměstnán na hlavní či vedlejší pracovní poměr. Dva domovy spolupracují s logopedy formou dohody o provedení práce/ dohody o pracovní činnosti. Logopedickou intervenci u klientů domovů pro seniory realizují převážně kliničtí logopedi, kteří buď docházejí do domovů (tuto formu uvádí 24 respondentů, tedy 57,1 % z celkového počtu domovů poskytujících logopedickou intervenci) nebo jsou klienti zařízení dopravováni či docházejí do ambulance klinického logopeda (16,7 % z celkového počtu domovů zajišťujících logopedickou intervenci). Poměrně vysoký počet respondentů (21,4 %) uvedl jiné formy zajištění logopedické intervence. Nejčastěji se jedná o situace, kdy si logopeda zajišťuje sama rodina klienta (5 odpovědí), případně respondenti uvádějí, že logopedickou intervenci v jejich domově realizují pracovníci jiné odbornosti, aktivizační pracovníci, ergoterapeuti či rehabilitační pracovníci. Z výše zjištěných skutečností vyplývá, že počet domovů pro seniory zajišťujících odbornou logopedickou

intervenci je tedy ještě nižší, a to 33, tedy 14,9 % všech sledovaných domovů pro seniory.

Způsoby zajištění logopedické intervence	Počet	Procento
Logoped je zaměstnán na HPP (plný pracovní úvazek).	0	0,0 %
Logoped je zaměstnán na VPP (částečný pracovní úvazek).	0	0,0 %
Logoped je zaměstnán na DPP/DPČ.	2	4,8 %
Do zařízení dochází klinický logoped.	24	57,1 %
Klienti zařízení docházejí/jsou dopravováni do ambulance klinického logopeda.	7	16,7 %
Jiné	9	21,4 %
Celkem	42	100,0 %

Tabulka č. 17: Způsoby zajištění logopedické intervence

Formy úhrady logopedické intervence

Další sledovanou položkou byly formy úhrady logopedické intervence v domovech pro seniory. Tabulka č. 18 shrnuje získané údaje.

Logopedická intervence zajištěna zaměstnáním logopedů na dohodu o provedení práce či dohodu o pracovní činnosti je hrazena domovem pro seniory, stejně tak v podstatě laická logopedická intervence poskytovaná zaměstnanci domova, kteří nejsou logopedickými pracovníky. Logopedická intervence zajištěná rodinou klienta je hrazena z vlastních zdrojů klienta či jeho rodiny. Zajímavá je úhrada logopedické intervence poskytované klinickým logopedem. Ve většině případů spolupráce domova s klinickým logopedem je logopedická intervence hrazena zdravotní pojišťovnou, logoped tedy vykazuje výkony smluvním zdravotním pojišťovnám klientů (pacientů). Dva respondenti uvedli, že návštěvy klinického logopeda v zařízení hradí domov pro seniory. Ve čtyřech případech služby klinického logopeda hradí klient z vlastních prostředků. Lze tedy předpokládat, že v těchto případech kliničtí logopedi nevykazují čas strávený v domovech pro seniory jako výkony k úhradě zdravotní pojišťovně, ať již proto, že nemají uzavřené smlouvy se zdravotními pojišťovnami, či proto, že návštěvy v domovech pro seniory vykonávají nad rámec své běžné pracovní

doby. Nelze také vyloučit, že v uvedených několika případech nebyli respondenti zcela přesně informováni o způsobu úhrady.

Způsoby zajištění logopedické intervence	Logopedickou intervencí hradí	Počet	Procento
Logoped je zaměstnán na DPP/DPČ	Domov pro seniory	2	4,8 %
Do zařízení dochází klinický logoped.	Zdravotní pojišťovna	18	42,9 %
	Klient/ rodina klienta	4	9,5 %
	Domov pro seniory	2	4,8 %
Klienti zařízení docházejí/ jsou dopravováni do ambulance klinického logopeda.	Zdravotní pojišťovna	7	16,7 %
Logopedickou intervencí zajišťuje rodina klienta	Klient/ rodina klienta	5	11,9 %
Logopedickou intervencí realizuje zaměstnanec domova jiné odbornosti	Domov pro seniory	4	9,5 %
Celkem		42	100,0 %

Tabulka č. 18: Způsoby úhrady logopedické intervence

Frekvence poskytování logopedické intervence

Při posouzení zajištění logopedické intervence je důležité zohlednit také frekvenci poskytování logopedické intervence, kterou představuje tabulka č. 19.

V dotazu na frekvenci poskytování logopedické intervence respondenti nejčastěji volili možnost „jiná“. Dle vyjádření respondentů je logopedická intervence v domovech pro seniory nejčastěji (v 19 případech, tedy 45,2 %) poskytována dle potřeby klienta a dle dohody s ním. Respondenti uváděli tuto možnost především v případech, kdy si logopedickou intervencí zajišťuje sama rodina, ale i v případě docházky klinického logopeda do zařízení. V případě návštěv klinického logopeda v domovech pro seniory byly také často voleny možnosti jednou týdně, jednou za čtrnáct dnů a jednou měsíčně. Souvisí to patrně i s pracovním rozvrhem klinických logopedů, kteří mají pro docházku do domovů pro seniory zpravidla pevně vyhrazen určitý den/dny v měsíci. Jeden

respondent uvedl frekvenci návštěv klinického logopeda jednou za čtvrtletí. Zde se patrně jedná pouze o diagnostickou a poradenskou činnost ze strany klinického logopeda, nikoli zajištění individuální logopedické terapie klientům domova. Frekvenci poskytování logopedické intervence několikrát týdně uvedli ti respondenti, v jejichž zařízení dle výsledků dotazníkového šetření logopedickou intervenci provádějí pracovníci, kteří mají jinou odbornost, např. ergoterapeuti či aktivizační pracovníci. V tomto případě nelze danou činnost nazývat odbornou logopedickou intervencí. Je však zřejmé, že přímí pracovníci v péči o seniory by mohli být účinnými pomocníky v terapii narušené komunikační schopnosti u seniorů v domovech pro seniory, vzhledem k tomu, že se seniory přicházejí do kontaktu a pracují každodenně.

Frekvence poskytování logopedické intervence	Počet	Procento
Jednou týdně	7	16,7 %
Jednou za čtrnáct dnů	6	14,3 %
Jednou za měsíc	6	14,3 %
Jiná:		
Dle potřeby a dohody s klientem	19	45,2 %
Jednou za čtvrtletí	1	2,4 %
Jednou za tři týdny	1	2,4 %
Několikrát týdně	2	4,8 %
Celkem	42	100,0 %

Tabulka č. 19: Frekvence poskytování logopedické intervence

5.4.5 Důvody neposkytování logopedické intervence v domovech pro seniory

V rámci výzkumného šetření 161 respondentů uvedlo, že v jejich domově není zajišťována logopedická intervence, ačkoliv v jejich zařízení žijí klienti s narušenou komunikační schopností. Dílčím cílem výzkumného šetření bylo zjistit, jaké jsou důvody neposkytování logopedické intervence v těchto případech. Respondenti mohli u této položky dotazníku volit více možností, tak aby byly zmapovány všechny důvody, které podle nich mají na neposkytování logopedické intervence vliv.

Důvod neposkytování logopedické intervence	Počet voleb	Procento z celkového počtu odpovědí	Procento z celkového počtu respondentů
Nezájem či nedostatek logopedů	50	21,2 %	31,1 %
Nedostatek financí na zajištění logopedické intervence	70	29,6 %	43,5 %
Nezájem seniorů o logopedickou intervenci	51	21,6 %	31,7 %
Jiné formy speciálně-pedagogické péče jsou pro rozvoj komunikačních schopností užitečnější	36	15,3 %	22,4 %
Jiný	29	12,3 %	18,0 %
Celkový počet odpovědí	236	100 %	
Celkový počet respondentů	161		

Tabulka č. 20: Důvody neposkytování logopedické intervence

Tabulka č. 20 nám nabízí dva různé pohledy, a to z hlediska zastoupení jednotlivých uváděných důvodů na celkovém počtu odpovědí a dále z hlediska zastoupení těchto důvodů na celkovém počtu respondentů. Nejčastěji uváděným důvodem, proč není zajišťována logopedická intervence v domovech pro seniory, je nedostatek financí na její zajištění. Tato možnost představuje 29,6 % všech odpovědí. 43,5 % respondentů, kteří na danou položku dotazníku odpovídali, zvolilo tuto možnost. Respondenti zde vycházeli z předpokladu, že v případě navázání spolupráce s logopedem by musel domov logopedickou intervenci hradit. Někteří výslovně uvádějí, že na zaměstnávání logopedů nemají finanční prostředky. Někteří respondenti přiznávají nedostatečnou informovanost v této oblasti a uvažují v komentáři o tom, zda logopedickou intervenci nehradí zdravotní pojišťovna.

Velmi často uváděným důvodem neposkytování logopedické intervence se v šetření ukázal být nezájem seniorů o logopedickou intervenci (21,6 % všech odpovědí, 31,7 % respondentů) a přibližně stejně často i nezájem ze strany logopedů či jejich nedostatek, nedostupnost logopedů v dané lokalitě (21,2 % všech odpovědí, 31,1 % respondentů).

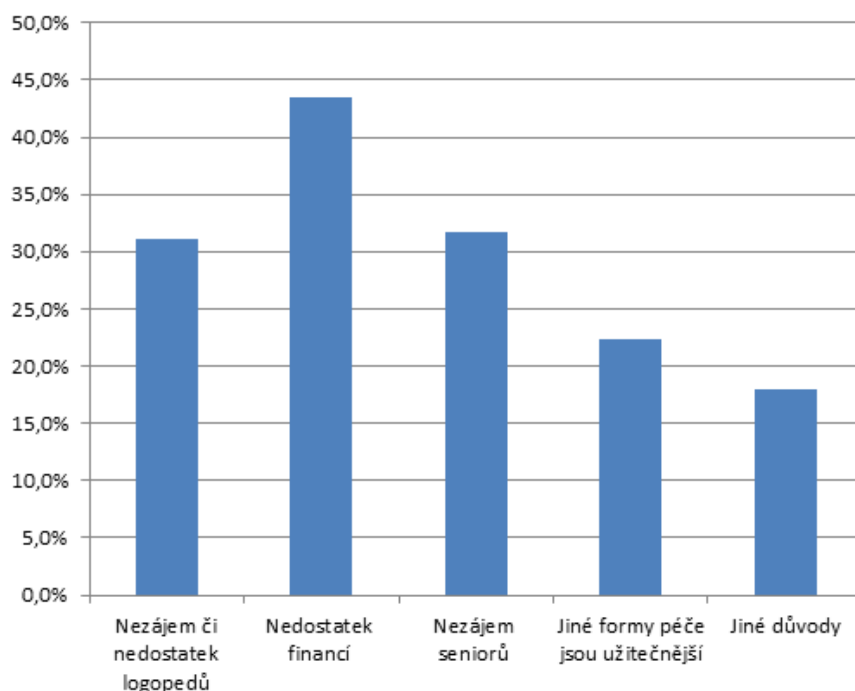
Uváděný argument nezájmu seniorů o logopedickou intervenci je velmi zajímavý. Je nutno položit si otázku, jak představitelé domovů nezájmem klientů o logopedickou intervenci zjišťují a ověřují, případně zda tento nezájem není obecným nezájmem některých seniorů o jakoukoli činnost z důvodu těžkého zdravotního stavu a velké únavy a vyčerpání. Tomu by odpovídala některá vyjádření představitelů domovů: *Problémy s komunikací se pojí k úbytku veškerých schopností a obvykle s nezájmem o udržení těchto schopností. Klienti jsou unavení, nabízíme aktivity, které jsou jim příjemné. Za nezájmem seniorů by se mohla také skrývat jejich neznalost logopedické intervence a možností, které nabízí.*

Významným důvodem (15,3 % všech odpovědí, 22,4 % respondentů) je také přesvědčení respondentů, že jiné formy speciálně-pedagogické péče jsou pro rozvoj komunikační schopnosti užitečnější: *Pečujeme spíše o lidi s větší mírou závislosti, kde využíváme celostnější ošetrovatelské koncepty (smyslová aktivizace), které jsou ve výsledku pro klienta přínosnější, oproti příliš specializované péči, která v kombinaci tak, aby komplexně pokryla seniorovy deficity, by byla příliš vyčerpávající, jak pro samotného člověka, tak i pro ostatní zúčastněné.*

18 % respondentů uvedlo jiné důvody neposkytování logopedické intervence v jejich domově (12,3 % všech odpovědí). V této skupině bylo často zmiňovaným důvodem to, že dotyční o možnosti logopedické intervence nevědí, nebo se daným tématem zatím nezabývali. Někteří respondenti rovněž uváděli jako důvod zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, a to, že logopedickou intervenci nezahrnuje do oblasti sociálních služeb poskytovaných ze zákona: *V zařízení sociálních služeb je podle zákona č.108/2006 Sb. logopedická péče považována za nadstandardní. Podobně jako rehabilitační pracovník. Proto se opravdu špatně shánějí finance na pracovníky v těchto odbornostech. Navíc v rámci statistik je tento odborník vedený jako pracovník v přímé péči a spadá do přepočtu pracovníků v přímé péči na uživatele. Ve srovnatelných ukazatelích je potom služba dražší a nesplňuje kritéria.*

Ve zdůvodněních respondentů se opakovaně vyskytovala přesvědčení, že pro jejich klienty nemá logopedie přínos vzhledem k pokročilé demenci či k delší době po prodělané CMP: *U lidí s onemocněním demence logopedie asi nic nezmuže...; Poškození řeči je v takové míře, že logopedie již nemá žádný účinek; Naše cílová*

skupina přišla do zařízení v době, kdy po CMP uplynula dlouhá doba a s poruchou řeči se nedalo již nic dělat; Jsme poskytovatelem pobytové sociální služby. Logopedická intervence je, myslím, nejvíce smysluplná bezprostředně po CMP a je součástí /nebo by měla být/ komplexní zdravotnické péče ve zdravotnických či rehabilitačních zařízeních; Nemáme klienty, kteří by měli zachované schopnosti a jejichž hlavním problémem by byly komunikační dovednosti. Je to přesně obráceně; Komunikace je ve většině případů ztížena jinými než artikulačními problémy. Problémy logopedického rázu nejsou příliš časté, případně jsou přechodné při zhoršení psychického stavu. Tato a další podobná zdůvodnění dokládají nedostatečné povědomí některých respondentů o obsahu a šíři logopedické intervence a jejím přínosu pro různé cílové skupiny osob včetně osob s demencí.



Graf č. 12: Hlavní důvody neposkytování logopedické intervence (procentuální zastoupení z celkového počtu respondentů)

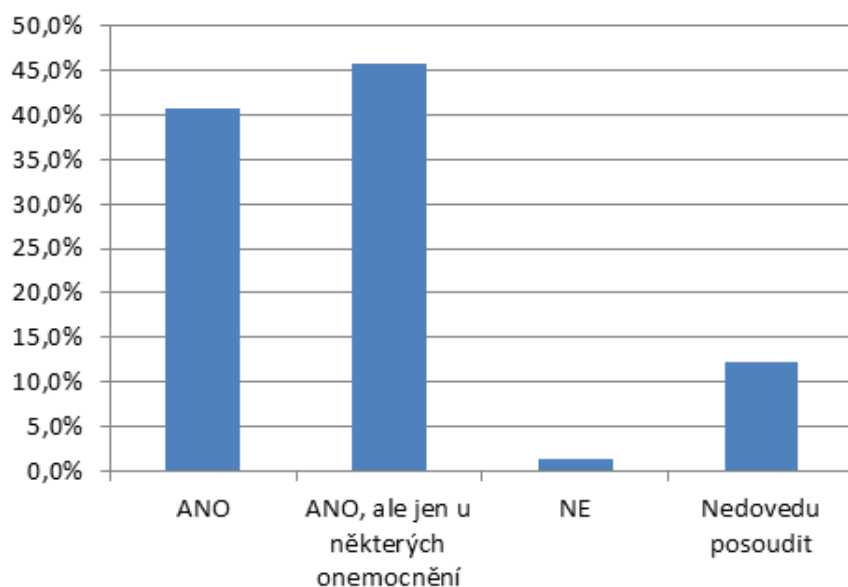
5.4.6 Postoje představitelů domovů pro seniory k potřebnosti logopedické intervence u seniorů

Poslední část dotazníku byla věnována zjištění postojů respondentů k potřebnosti logopedické intervence u seniorů obecně i z hlediska jednotlivých druhů onemocnění.

Jak uvádí tabulka č. 21, převážná většina respondentů (191, 86,4 %) se domnívá, že je logopedická intervence u seniorů, kteří mají narušenou komunikační schopnost, potřebná. 101 respondentů (45,7 %) však shledává potřebnost logopedické intervence jen u některých druhů onemocnění/ postižení. Pouze 3 respondenti (1,4 %) se domnívají, že logopedická intervence potřebná není, 27 respondentů (12,2 %) nedokázalo na dotaz jednoznačně odpovědět.

Logopedická intervence u seniorů je potřebná	Počet	Procento
ANO	90	40,7 %
ANO, ale jen u některých onemocnění/ postižení	101	45,7 %
NE	3	1,4 %
Nedovedu posoudit	27	12,2 %
Celkem	221	100,0 %

Tabulka č. 21: Postoje pracovníků k potřebnosti logopedické intervence u seniorů

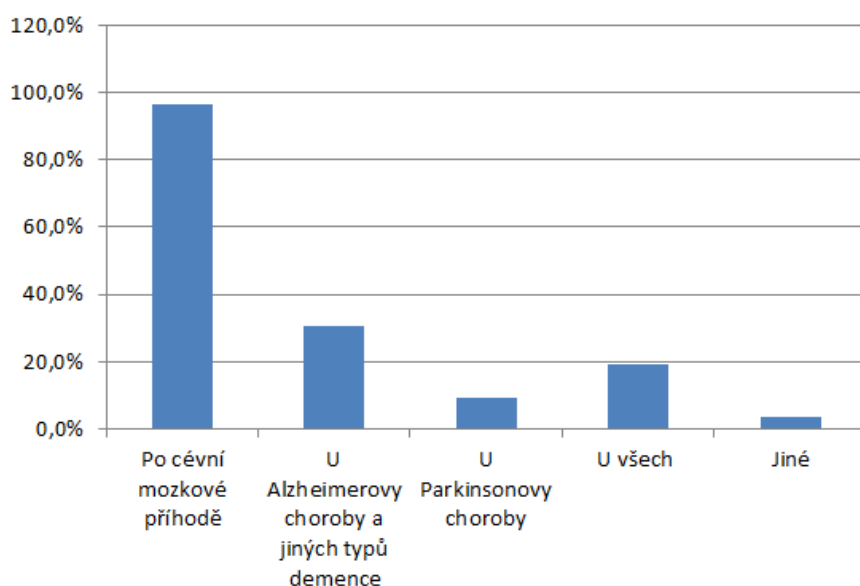


Graf č. 13: Postoje pracovníků k potřebnosti logopedické intervence u seniorů

Dále se respondenti vyjadřovali k tomu, u kterého druhu onemocnění či postižení je podle nich logopedická intervence nejpotřebnější. U tohoto dotazu mohli respondenti označit více možností, tak aby co nejlépe vyjádřili svůj názor.

Logopedická intervence u seniorů je nejpotřebnější	Počet	Procento z celkového počtu odpovědí	Procento z celkového počtu respondentů
u Alzheimerovy choroby a jiných typů demence	67	19,1 %	30,3 %
u Parkinsonovy choroby	20	5,7 %	9,0 %
po cévní mozkové příhodě	214	61,1 %	96,8 %
u všech	42	12,0 %	19,0 %
jiné	7	2,0 %	3,2 %
Celkový počet odpovědí	350	100,0 %	
Celkový počet respondentů	221		

Tabulka č. 22: Postoje respondentů k potřebnosti logopedické intervence u seniorů z hlediska typů onemocnění



Graf č. 14: Postoje respondentů k potřebnosti logopedické intervence u seniorů z hlediska typů onemocnění (% zastoupení odpovědí na celkovém počtu respondentů)

96,8 % respondentů je přesvědčeno, že je logopedická intervence nejpotřebnější u klientů po cévních mozkových příhodách. Tato odpověď tvoří 61,1 % všech odpovědí. Vysoké zastoupení uvedené možnosti svědčí o tom, že se představitelé domovů pro seniory s logopedickou intervencí u osob po cévních mozkových příhodách již setkali, jsou o ní informováni. 30,3 % všech respondentů se dále domnívá, že je logopedická intervence potřebná také u osob s Alzheimerovou chorobou či jinými typy demence. Uvedená možnost tvoří 19,1 % všech odpovědí. Nižší procento dokládá častý

názor představitelů domovů pro seniory, že u osob s demencí nemá logopedická terapie význam a potřebnější jsou zde jiné techniky. Pouze 9 % z celkového počtu respondentů vyslovilo názor, že logopedická intervence je potřebná u všech druhů onemocnění či postižení. Tato odpověď je na celkovém počtu odpovědí zastoupena pouze 5,7 %. Výše uvedené postoje respondentů jsou pravděpodobně způsobeny mimo jiné jejich nedostatečným povědomím o obsahu a šíři logopedické intervence.

5.4.7 Podmínky, které by mohly přispět k zavedení či rozšíření logopedické intervence v domovech pro seniory

Podmínky pro zajištění či rozšíření logopedické intervence v domovech pro seniory	Počet odpovědí	Procento z celkového počtu odpovědí	Procento z celkového počtu respondentů
Dostupnost logopedů a jejich zájem o spolupráci	32	27,6 %	31,4 %
Dostatek financí	26	22,4 %	25,5 %
Úhrada péče zdravotními pojišťovnami	18	15,5 %	17,6 %
Odborné kurzy pro pracovníky domovů mimo VŠ	9	7,8 %	8,8 %
Zájem klientů a jejich rodin	9	7,8 %	8,8 %
Osvěta problematiky	8	6,9 %	7,8 %
Jiné	14	12,1 %	13,7 %
Celkový počet odpovědí	116	100,0 %	13,7 %
Celkový počet respondentů	102		

Tabulka č. 23: Podmínky pro zajištění či rozšíření logopedické intervence v domovech pro seniory

Dílčím cílem výzkumného šetření dále bylo zjistit, jaké podmínky by podle představitelů domovů pro seniory mohly přispět k zavedení či rozšíření logopedické intervence v těchto zařízeních. Tato položka dotazníku byla koncipována jako otevřený dotaz, její vyplnění bylo dobrovolné. Celkem využilo možnosti vyjádřit se k dané otázce 102 respondentů, tedy 46,2 % respondentů, někteří uvedli více potřebných podmínek.

Nejčtenější odpovědi byly uspořádány do tabulky č. 23. Jak je z tabulky patrné, řada navrhovaných podmínek úzce souvisí s příčinami neposkytování logopedické intervence v domovech pro seniory, jak byly představeny v subkapitole 5.4.5. Nejčastěji uváděnou podmínku (27,6 % všech odpovědí, 31,4 % všech respondentů) představuje větší dostupnost logopedické péče a zájem logopedů o spolupráci. 25,5 % respondentů, kteří se k dotazu vyjádřili, uvedlo jako hlavní podmínku dostatek financí na zajištění logopedické intervence, někteří respondenti upřesňovali svou odpověď a uváděli přímo dostatek financí na osobní náklady, jiní ponechali svou odpověď v obecnější rovině. Je patrné, že obě tyto stěžejní podmínky, resp. jejich absence jsou také vnímány představiteli domovů pro seniory jako hlavní příčiny neposkytování logopedické intervence. Dostatek financí byl na celkovém počtu odpovědí zastoupen 22,4 %.

17,6 % respondentů (15,5 % všech odpovědí) uvedlo, že by měla být logopedická intervence hrazena zdravotními pojišťovnami. Tuto odpověď lze chápat jako určitou podskupinu obecněji uváděné podmínky finančního zajištění logopedické intervence. Odpověď svědčí o určité preferenci představitelů domovů pro seniory spolupráce s klinickými logopedy na externí bázi, což má souvislost jednak s měnícím se počtem klientů v domovech pro seniory, kteří potřebují logopedickou intervenci, jednak se současným systémem financování služeb sociální péče. Jak ukázaly výstupy realizovaného dotazníkového šetření, část respondentů také není přesně informována o způsobu financování logopedické intervence. Jistě by se v řadách odborné veřejnosti našli oponenti návrhu podmínky financování logopedické intervence zdravotními pojišťovnami, kteří by poukázali na to, že logopedická intervence klinických logopedů již ze zdravotního pojištění pacientů hrazena je. Pokud tomu tak skutečně je, proč je tedy jednou z nejčastěji uváděných příčin neposkytování logopedické intervence v domovech pro seniory nedostatek logopedů či jejich nezájem? V subkapitole 5.6 je tato otázka analyzována podrobněji. Ukazuje se, že financování logopedické intervence zdravotními pojišťovnami není v tomto případě dostatečné. Domovy pro seniory nejsou často dobře dostupné a logopedům, kteří mají hrazen pouze čas přímé intervence, se nevyplatí do domovů dojíždět. Druhým problémem může být také nutnost získat od obvodního lékaře poukaz na logopedickou intervenci u konkrétního klienta (pacienta).

Zhruba 8 % respondentů uvedlo jako podmínku poskytování logopedické intervence zájem klientů a jejich rodin a také potřebu osvěty této činnosti. Osvětová činnost by jistě pomohla zvýšit povědomí veřejnosti i pracovníků v sociálních službách o rozsahu a možnostech logopedické intervence a cílových skupinách osob, pro které může být tato služba potřebná. Je zajímavé, že podmínku zájmu klientů uvedl podstatně nižší počet respondentů, než tomu bylo v případě dotazu na příčiny neposkytování logopedické intervence. Nezájem klientů o logopedickou intervenci nepředstavuje tedy hlavní vnímanou podmínku pro zajištění logopedické intervence.

Z hlediska koncipování návrhů na zlepšení poskytování logopedické intervence je velmi zajímavá další z navrhovaných podmínek, tedy možnost odborných kurzů pro pracovníky domovů pro seniory. 8,8 % respondentů (7,8 % všech odpovědí) vyjádřilo názor, že by k zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory přispělo vytvoření určitého systému proškolení pracovníků v přímé péči, kteří jsou se seniory v každodenním kontaktu. Vzhledem k nedostatku logopedů i současnému nastavení systému sociální péče se jeví tato myšlenka jako velmi přínosná. Pokud by se podařilo vytvořit program výškolení určitých pracovníků přímé péče v oblasti péče o klienty s narušenou komunikační schopností, kteří by mohli realizovat intervenci pod supervizí logopeda, jistě by to vedlo ke zlepšení stávající situace v péči o klienty pobytových zařízení s narušenou komunikační schopností.

14 respondentů uvedlo k dané otázce další komentáře. Z dalších uváděných podmínek pro zajištění logopedické intervence můžeme zmínit např. obecně vyjádřenou potřebu systémové změny, změny legislativního zajištění sociální péče, navýšení počtu personálu, lepší spolupráce s obvodními lékaři klientů, ale i zájem ze strany např. dobrovolníků.

5.5 Ověření stanovených hypotéz

Hypotéza H₁: Neposkytování logopedické intervence v domovech pro seniory je nejčastěji způsobeno nedostatkem financí pro její zajištění.

Pro ověření hypotézy H_1 byla na základě získaných dat týkajících se důvodů neposkytování logopedické intervence v domovech pro seniory uvedených v tabulce č. 20 sestavena pomocná tabulka č. 24.

Důvod neposkytování logopedické intervence	Počet voleb	Procento z celkového počtu odpovědí	Procento z celkového počtu respondentů
Nezájem či nedostatek logopedů	50	21,2 %	31,1 %
Nedostatek financí na zajištění logopedické intervence	70	29,6 %	43,5 %
Nezájem seniorů o logopedickou intervenci	51	21,6 %	31,7 %
Jiné formy speciálně-pedagogické péče jsou pro rozvoj komunikačních schopností užitečnější	36	15,3 %	22,4 %
Jiný	29	12,3 %	18,0 %

Tabulka č. 24: Pomocná tabulka pro ověření hypotézy H_1

Z tabulky č. 24, tabulky č. 20 i grafu č. 12 vyplývá, že se 43,5 % respondentů domnívá, že hlavním důvodem neposkytování logopedické intervence v domovech pro seniory je nedostatek financí na její zajištění. Uvedený důvod představuje 29,6 % všech odpovědí.

Pro ověření hypotézy byl zvolen test dobré shody chí-kvadrát na hladině významnosti 0,05. Kritická hodnota testového kritéria χ^2 pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 a vypočtený počet stupňů volnosti 4 činí 9,488 (Chráška, 2007, s. 248). Vypočtená hodnota testového kritéria χ^2 činí 21,161, je tedy výrazně vyšší než kritická hodnota. Výsledky uvedeného šetření jsou statisticky významné, nejsou dány pouhou náhodou.

Hypotéza H_1 byla verifikována.

Hypotéza H_2 : Logopedická intervence je v domovech pro seniory zajišťována častěji externími klinickými logopedy, než logopedy v pozici zaměstnanců domovů.

Pro ověření hypotézy byla na základě získaných dat týkajících se způsobů zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory uvedených v tabulce č. 17 sestavena pomocná tabulka č. 25.

Způsoby zajištění logopedické intervence	Počet	Procento
Logoped v pozici zaměstnance domova	2	4,8 %
Externí klinický logoped	31	73,8 %

Tabulka č. 25: Pomocná tabulka pro ověření hypotézy H₂

Z tabulky č. 25 a tabulky č. 17 vyplývá, že v 73,8 % domovů pro seniory je logopedická intervence zajištěna externími klinickými logopedy. Pouze 4,8 % domovů pro seniory poskytujících logopedickou intervenci uzavírá pracovní poměr s logopedy, a to formou dohody o provedení práce či pracovní činnosti.

Na základě uvedených dat je zřejmé, že tak velký rozdíl mezi oběma možnostmi velmi pravděpodobně není dán pouhou náhodou. Statistickou významnost ještě pro úplnost ověříme pomocí testu dobré shody chí-kvadrát na hladině významnosti 0,05. Kritická hodnota testového kritéria χ^2 pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 a vypočtený stupeň volnosti 1 činí 3,841 (Chrásková, 2007, s. 248). Vypočtená hodnota testového kritéria χ^2 činí 25,485, je tedy výrazně vyšší než kritická hodnota. Výsledky uvedeného šetření jsou statisticky významné, nejsou dány pouhou náhodou.

Hypotéza H₂ byla verifikována.

Hypotéza H₃: Mezi kapacitní velikostí domovů pro seniory a zajištěním logopedické intervence je pozitivní vztah.

K hypotéze se vztahují položky dotazníkového šetření týkající se kapacity domovů pro seniory a zajištění logopedické intervence. Pro ověření hypotézy byly vytvořeny dvě skupiny domovů pro seniory z hlediska jejich kapacity, domovy do 50 klientů a domovy nad 100 klientů. Údaje o domovech pro seniory s kapacitou 51–100 klientů pro ověření hypotézy vzhledem k jejich středně vysoké kapacitě využity nebyly.

Pro ověření hypotézy pomocí testu nezávislosti chí-kvadrát byla sestavena následující kontingenční tabulka:

	Logopedická intervence zajištěna	Logopedická intervence nezajištěna	Celkem
Domovy pro seniory s kapacitou do 50 klientů	20	34	54
Domovy pro seniory s kapacitou nad 100 klientů	22	69	91
Celkem	42	103	145

Tabulka č. 26: Kontingenční tabulka pro biviační analýzu

Kritická hodnota testového kritéria χ^2 pro zvolenou hladinu významnosti 0,05 a vypočtený stupeň volnosti 1 činí 3,841 (Chrásková, 2007, s. 248). Vypočtená hodnota testového kritéria χ^2 činí 2,725, je tedy nižší než kritická hodnota. Statistická metoda chí-kvadrát hypotézu nepotvrdila. Nelze prokázat závislost mezi zkoumanými proměnnými – kapacitní velikostí domovů pro seniory a zajištěním logopedické intervence.

Hypotéza H₃ byla falzifikována.

5.6 Logopedická intervence u seniorů v domovech pro seniory z pohledu logopedů

Kapitola přináší kvalitativní doplnění výzkumného šetření o informace získané v rámci polostrukturovaných rozhovorů se čtyřmi klinickými logopedkami, které poskytují logopedickou intervenci v domovech pro seniory.

Všechny oslovené logopedky pracují jako klinické logopedky v soukromé ambulanci, většinu pracovní doby poskytují logopedickou intervenci ambulantním pacientům. Mimo to docházejí do domovů pro seniory, dvě respondentky spolupracují se dvěma domovy. Frekvence jejich návštěv je různá, od návštěv jednou týdně až po návštěvy jednou měsíčně. Charakter jejich návštěv (frekvence, délka apod.) se zpravidla liší podle momentální situace v domově, dvě logopedky docházejí do zařízení pravidelně, liší se jen počet klientů, které mají aktuálně v péči. Délka individuální terapie

se přizpůsobuje potřebám a možnostem klienta, v průměru činí 45 minut. Frekvenci svých návštěv logopedky vnímají jako dostatečnou a efektivní, pokud se na základě jejich instrukcí klientům věnuje také ostatní personál domova či členové rodiny. Dobrou zkušenost mají především se spoluprací s rodinnými příslušníky, pracovníci v přímé péči jsou dle vyjádření logopedek často velmi vytížení a nemají dostatečný časový prostor pro logopedickou intervenci.

Konkrétní pacienti se dostávají do péče klinických logopedek nejčastěji na doporučení ošetřujícího personálu domova, který docházející logopedku kontaktuje. Po domluvě s ní je pak osloven ošetřující praktický lékař, který vypíše poukaz pro logopedickou intervenci. S tím souvisí i forma úhrady logopedické intervence. Oslovené klinické logopedky zpravidla vykazují péči o klienty na zdravotní pojišťovnu, jedna vykonává svou práci pro domov na základě dohody o provedení práce. Žádná logopedka není placena přímo pacientem či jeho rodinou ani nemá hrazenou cestu do domova.

Nejčastěji se oslovené klinické logopedky věnují seniorům po CMP, zpravidla s některým typem afázie. Jedna z logopedek pracuje pravidelně také s pacienty s demencí. Logopedickou intervenci považují za potřebnou u všech klientů s narušenou komunikační schopností, vyjma těžkých terminálních stádií nemoci, kdy senioři potřebují převážně ošetrovatelskou péči. Určitým uváděným limitem pro práci s pacientem je také to, zda je pacient upoután na lůžko, zda je schopen sezení apod. To pochopitelně ovlivňuje volbu materiálů a charakter práce.

Při své práci klinické logopedky využívají řadu diagnostických i terapeutických materiálů, nejčastěji komerčně dostupných, různě kombinovaných. Oblíbený všemi dotázanými je diagnostický materiál pro testování fatických funkcí od Mimrové, a to především pro svou časovou nenáročnost. K vyšetření dysartrie je nejčastěji používán screeningový Test 3F, dysfagie je vyšetřována nejčastěji screeningovým testem GUSS. K terapii využívají logopedky pomůcky a pracovní listy z řady terapeutických i diagnostických souborů, např. Afatický slovník od Truhlářové, materiály z Klubu afázie, některé části diagnostického materiálu Vyšetření fatických funkcí autorů Cséfalvaye, Košťálové a Klimešové, ale i některé materiály určené pro dětské pacienty s vývojovou dysfázií, školní slabikář apod. Jedna z logopedek využívá k práci se seniory také tablet a elektronické programy.

Klinické logopedky pracují s klienty individuálně, bez účasti dalších osob, někdy jsou přítomni rodinní příslušníci. Ošetřující personál i rodinné příslušníky poté instruují ohledně další práce, v domově nechávají materiály pro práci se seniorem. Zpravidla se setkávají s ochotou a vstřícným přístupem ze strany přímých pracovníků, zároveň však vědí, že tito pracovníci v důsledku svého přetížení nemají příliš časový prostor na procvičování zadané práce.

Co se týče důvodů neposkytování logopedické intervence v domovech pro seniory, logopedky nejčastěji uvádějí jako příčinu nízké úhrady od zdravotních pojišťoven a neproplácení cest do domovů. Klinickým logopedům se nevyplatí do domovů dojíždět, navíc jsou ve své ambulantní praxi zpravidla plně vytiženi a nemají časový prostor pro návštěvy domovů pro seniory. Řada klinických logopedů také nemá ošetřené výjezdy za pacienty ve smlouvě se zdravotní pojišťovnou. Žádná s oslovených logopedek se nedomnívá, že by příčinou neposkytování logopedické intervence v domovech pro seniory byl nezájem ze strany seniorů. Naopak, při své práci se setkávají se vstřícností seniorů, kteří jsou vděční za každý kontakt. Pochopitelně někteří senioři jsou z důvodu svého zdravotního stavu či věku velmi unavení a vyčerpaní a odmítají jakoukoli aktivizaci. Chronická onemocnění, stavy po CMP apod. často ovlivňují naladění seniorů vůči aktivitám obecně. Nejedná se však o to, že by senioři odmítali logopedickou intervenci jako takovou.

Ke zlepšení situace v péči o seniory s narušenou komunikační schopností v domovech pro seniory by dle dotázaných logopedek mohla přispět především změna financování klinických logopedů, např. poskytnutí adekvátní úhrady jejich výjezdů za pacienty. Klinické logopedky připouštějí, že by situaci částečně řešilo vytvoření systému proškolení přímých pracovníků domovů pro seniory v oblasti péče o klienty s narušenou komunikační schopností, kdy by pak tito pracovníci pracovali pod supervizí klinických logopedů. Podle vyjádření logopedek však nemají přímí pracovníci časovou kapacitu na realizaci adekvátní logopedické intervence, určité prvky by však mohli zapojit do jiných aktivit, které s klienty realizují. Systém školení přímých zaměstnanců však sám o sobě nevyřeší nedostatek klinických logopedů pro nutnou supervizi.

Logopedická intervence má dle oslovených logopedek nezastupitelné místo v systému ucelené rehabilitace seniorů s narušenou komunikační schopností, není nahraditelná jinými činnostmi a terapiemi, může se však s nimi vhodně doplňovat.

5.7 Závěry výzkumného šetření

Hlavním cílem výzkumného šetření bylo zjistit, zda a jakým způsobem je zajištěna logopedická intervence u seniorů v domovech pro seniory v České republice. V návaznosti na hlavní cíl pak byly stanoveny cíle dílčí.

Vzhledem k cílům výzkumu byl zvolen kombinovaný výzkum, kvantitativní popisné šetření doplněné kvalitativní analýzou rozhovorů se čtyřmi logopedkami, které poskytují logopedickou intervenci v domovech pro seniory. Hlavní metodou sběru dat bylo dotazníkové šetření. Celé výzkumné šetření probíhalo v období od listopadu 2015 do počátku března 2016.

Do základního souboru realizovaného výzkumu byli zahrnuti představitelé všech domovů pro seniory v České republice uvedených v Registru poskytovatelů sociálních služeb. K datu 18. 11. 2015 činil jejich celkový počet 513. Výběrový soubor tvořilo celkem 221 respondentů z domovů pro seniory, kteří řádně vyplnili celý dotazník. Vysokou návratnost dotazníků vykazovaly Kraj Vysočina, Olomoucký, Liberecký a Ústecký kraj. Naopak nízká byla návratnost u Plzeňského a Karlovarského kraje. Celková návratnost dotazníku činila 43,1 %. Uvedený výzkumný vzorek lze z hlediska základního souboru považovat za reprezentativní.

Přestože v rámci dotazníkového šetření nebyla stanovena podmínka, aby dotazník vyplnil ředitel zařízení, do výzkumu se zapojili převážně pracovníci domovů pro seniory zastávající vedoucí pozice. Z hlediska délky praxe v oblasti péče se seniory byli nejvíce zastoupeni respondenti, kteří mají v oblasti péče o seniory 6–10letou praxi. Tato skutečnost může souviset jednak s vývojem v oblasti sociálních služeb v České republice v posledním desetiletí, jednak také s vyšší fluktuací pracovníků sociálních služeb vzhledem k náročnosti a nízkému ohodnocení jejich práce. Nejvíce respondentů, kteří se zúčastnili výzkumu, pracuje v zařízení s počtem klientů 51–100, jejichž

nepočetnější skupinou klientů jsou senioři starší 80 let. Většina sledovaných domovů pro seniory poskytuje sociální služby klientům ve všech stupních závislosti, tedy i těžké či úplné závislosti. Nejčastějšími onemocněními, která se u seniorů ve sledovaných domovech vyskytují a která se mohou podílet na vzniku narušené komunikační schopnosti, jsou Alzheimerova choroba a jiné druhy demence, stavy po cévní mozkové příhodě a Parkinsonova choroba.

Výzkumem bylo zjištěno, že v 91,9 % sledovaných domovů pro seniory žijí senioři s narušenou komunikační schopností. Přesto však pouze 19 % dotázaných domovů pro seniory zajišťuje pro své klienty logopedickou intervenci. Při bližším pohledu na způsoby a formy realizace logopedické intervence v těchto zařízeních se ukázalo, že reálný počet domovů zajišťujících odbornou logopedickou intervenci je ještě nižší, protože v některých domovech pro seniory realizují tzv. logopedickou intervenci zaměstnanci jiných odborností (ergoterapeuti, fyzioterapeuti) či logopedická intervence probíhá ve velmi nedostatečné frekvenci (jednou za čtvrtletí).

Skutečnosti zjištěné dotazníkovým šetřením i formou rozhovorů s klinickými logopedkami jsou značně neutěšené. Lze konstatovat, že logopedická intervence v domovech pro seniory v rámci celé České republiky prakticky neprobíhá, resp. je realizována v zanedbatelném procentu domovů pro seniory. Pravděpodobnými příčinami tohoto stavu jsou především nedostatek financí pro zajištění logopedické intervence a nezáměr ze strany logopedů. Často uváděným důvodem byl také nezáměr ze strany seniorů, což však razantně vyvrátily klinické logopedky, se kterými byly realizovány polostrukturované rozhovory.

Jak tuto situaci řešit? Jakým způsobem pomoci seniorům v podpoře kvality jejich života, obnově komunikační schopnosti či zabránění příliš rychlé deterioraci jazykových a řečových schopností? Na základě výsledků dotazníkového šetření i vyjádření klinických logopedek v rámci kvalitativní části výzkumu lze vyvodit následující závěry. V první řadě se ukazuje, že je potřeba řešit aktuální nedostatek či nezáměr logopedů o poskytování logopedické intervence v domovech pro seniory. Z hlediska klinických logopedů by bylo potřeba změnit systém úhrad a zajistit vyšší úhradu nákladů na dojíždění za klienty. Velkým problémem je však také aktuální nedostatek klinických logopedů, jejichž nabídka se v různých oblastech České republiky výrazně liší.

V zařízeních sociální péče, jakými jsou námi zkoumané domovy pro seniory, však nemusí poskytovat logopedickou péči přímo klinický logoped (viz kapitola 3.3 této práce). Pokud by měly domovy pro seniory dostatek financí na zaměstnávání logopedů, byť například jen na částečný úvazek, pokrytí domovů pro seniory zajištěním logopedické intervence by bylo jistě vyšší. V současné době však není logopedická profese v resortu práce a sociálních věcí legislativně zakotvena, nejsou dány ani kvalifikační předpoklady pro výkon takové profese v zařízeních sociálních služeb. Z výzkumu vyplynulo, že část představitelů domovů pro seniory upřednostňuje poskytování logopedické intervence klinickými logopedy, za úhradu zdravotní pojišťovnou. Tento názor je patrně dán dosavadním systémem financování sociálních služeb, který prakticky neumožňuje domovům logopedického pracovníka zaměstnávat. Uvedený postoj souvisí také s velmi proměnlivou situací v domovech pro seniory, kdy není jasný stálý počet klientů potřebujících logopedickou intervenci.

Kromě výše uvedených potřebných systémových změn by ke zvýšení zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory jistě mohla přispět i větší osvěta této činnosti, která by zvýšila povědomí veřejnosti i pracovníků v sociálních službách o rozsahu a možnostech logopedické intervence a jejích cílových skupinách.

A konečně, jako velmi přínosná se z hlediska zlepšení situace a zvýšení péče o narušenou komunikační schopnost seniorů v domovech pro seniory jeví myšlenka vytvoření určitého systému proškolení pracovníků přímé péče. Tito zaměstnanci domovů jsou se svými klienty v každodenním kontaktu. Pokud by se podařilo vytvořit a ukotvit takový program školení pro pracovníky přímé péče, kteří by pak mohli pod supervizí kvalifikovaného logopeda realizovat logopedickou intervenci, jistě by to vedlo k rychlejšímu a účinnějšímu zlepšení stávající situace než výše navrhovaná systémová opatření, která jsou realizovatelná spíše v dlouhodobém horizontu.

6 Závěr

Tématem uvedené diplomové práce je poskytování logopedické intervence u seniorů v domovech pro seniory v České republice.

Práce je členěna na čtyři kapitoly. Teoretická část práce je založena na analýze české a zahraniční odborné literatury a elektronických zdrojů. Zahrnuje celkem tři kapitoly.

První kapitola pojednává o stáří, seznamuje se základními užívanými pojmy a uvádí charakteristiku seniorského věku z hlediska tělesného, duševního a sociálního. Kapitola představuje nejčastější onemocnění ve stáří, která mají vliv na komunikační schopnost seniorů, a přibližuje problematiku stáří jako společenského fenoménu. Druhá kapitola je věnována problematice neurogenních poruch komunikace u seniorů, afázií, dysartrií/ anartrií, řečové dyspraxii/ apraxii, dysfagii, orální dyspraxii/ apraxii a poruchám kognitivně-komunikačních funkcí, které představuje z hlediska jejich etiologie, symptomatologie, diagnostiky a terapie. Třetí kapitola popisuje systém zdravotní a sociální péče o seniory v České republice a legislativní úpravu sociálních služeb. Samostatná subkapitola pojednává o systému poskytování logopedické intervence v resortech zdravotnictví a práce a sociálních věcí.

Těžištěm čtvrté, empirické části práce je kvantitativní popisné šetření. Hlavní metodou sběru dat bylo dotazníkové šetření realizované v domovech pro seniory v České republice. Získaná data byla následně analyzována a statisticky zpracována v programu Microsoft Office Excel 2010. Šetření bylo doplněno o kvalitativní analýzu rozhovorů se čtyřmi logopedkami, které poskytují logopedickou intervenci v domovech pro seniory. Jednotlivé subkapitoly uvádějí výzkumné cíle a stanovené hypotézy, představují použité metody a vlastní zpracování kvantitativního i kvalitativního šetření, včetně ověření stanovených hypotéz. Závěrečná subkapitola shrnuje získané poznatky a vyvozuje závěry pro praxi.

Stanovený hlavní cíl i dílčí cíle práce byly splněny. Získané poznatky realizovaného výzkumu, zejména závěry výzkumné části, které přinášejí mimo jiné návrhy opatření

směřujících ke zlepšení zajištění logopedické intervence u seniorů v domovech pro seniory, mohou být využitelné odborníky, kteří se danou problematikou zabývají.

Aktuální stav poskytování logopedické intervence u seniorů v domovech pro seniory je velmi znepokojivý. Výzkumným šetřením bylo zjištěno, že jen malé procento (19 %) domovů pro seniory zajišťuje pro své klienty logopedickou intervenci, v některých uvedených případech se však ani nejedná o odbornou péči. Hlavními důvody pro neposkytování logopedické intervence jsou nedostatek financí na zajištění této služby a nezájem logopedů, který rovněž souvisí s nedostatečným finančním ohodnocením klinických logopedů dojíždějících do pobytových zařízení. Problémem je též nedostatečné povědomí o možnostech logopedické intervence na straně klientů domovů pro seniory a jejich rodin i představitelů domovů pro seniory.

Je zřejmé, že tato velmi bezútěšná situace není z dlouhodobého hlediska udržitelná. V souvislosti s proměnami společnosti a jejím demografickým vývojem jsme již nyní svědky řady změn na poli poskytování sociálních služeb, jejichž významnou cílovou skupinou jsou právě senioři. Logopedická intervence by měla být důležitou součástí ucelené rehabilitace, s cílem podporovat rozvoj a udržení komunikačních schopností ohrožených seniorů a napomáhat tak začlenění seniorů do společnosti, zvyšovat kvalitu jejich života.

Zásadní pro zajištění logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních je vyřešit otázku financování i legislativního ukotvení logopedické intervence v resortu práce a sociálních věcí. Ke zlepšení situace by mohla napomoci také změna úhrad výkonů klinických logopedů, tak aby byli motivováni k docházení za pacienty do pobytových zařízení. Důležitou roli v podpoře poskytování logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních by měla mít také osvětová činnost, zvýšení povědomí veřejnosti i pracovníků v sociálních službách o důležitosti a užitečnosti logopedické intervence u klientů v seniorském věku. Zlepšení stávající situace, především v kombinaci s výše uvedenými opatřeními, by mohlo přinést také vytvoření určitého systému proškolení pracovníků přímé péče v oblasti péče o osoby s narušenou komunikační schopností.

7 Resumé

Tématem uvedené diplomové práce je zajištění logopedické intervence u seniorů v pobytových zařízeních v České republice. Práce je rozdělena na čtyři kapitoly, z nichž tři jsou teoretické, čtvrtá kapitola praktická. Teoretická část práce je věnována analýze dostupných poznatků týkajících se stáří a jeho charakteristik, problematiky neurogenních poruch komunikace a systému zdravotní a sociální péče v České republice. Těžištěm empirické části jsou kvantitativní popisné metody, hlavní metodou sběru dat bylo dotazníkové šetření v domovech pro seniory v České republice. Výzkum je doplněn o kvalitativní analýzu rozhovorů se čtyřmi logopedkami, které poskytují logopedickou intervenci v domovech pro seniory.

Zjištění výzkumného šetření jsou alarmující. Pouze malé procento domovů pro seniory zajišťuje pro své klienty logopedickou intervenci. Hlavními důvody neposkytování logopedické intervence jsou nedostatek financí na zajištění této služby a nezájem ze strany logopedů. Ke zlepšení této situace by bylo zapotřebí především vyřešit otázku financování a legislativního ukotvení logopedické intervence v resortu práce a sociálních věcí. Určité zlepšení by mohla přinést také změna úhrad výkonů klinických logopedů, tak aby byli motivováni k docházení za pacienty do pobytových zařízení. Důležitá je také osvětová činnost. V kombinaci s výše uvedenými opatřeními se také jeví jako efektivní vytvoření určitého systému proškolení pracovníků přímé péče v oblasti péče o osoby s narušenou komunikační schopností.

8 Summary

The topic of this diploma thesis is speech therapy provision for seniors at residential care in the Czech Republic. The thesis is divided into four chapters, three of which are theoretical, the fourth chapter is practical. The theoretical part concerns the analysis of current knowledge about the old age and its characteristics, the issues of neurological speech and language disorders and the system of health and social care of seniors in the Czech Republic. The central part of the empirical chapter is quantitative research, using a questionnaire survey at nursing homes for seniors in the Czech Republic as the main data-collecting technique. The research is completed by a qualitative analysis of dialogues with four speech therapists that provide speech therapy at nursing homes for seniors in the Czech Republic.

The findings of the research are alarming. Only a small percentage of nursing homes for seniors provide speech therapy for their clients. The main reasons, why speech therapy is not provided, are the lack of money for this service and the lack of interest of speech therapists to visit the nursing homes. To improve this situation, it would be necessary to solve the problem of financing and legislative setting of speech therapy within the area of labour and social affairs. A certain improvement could be achieved by a change in the system of payments to clinical speech therapists, so that they are motivated to visit the clients at residential care. Public education is also very important. Development of an educational program for direct-care workers concerning the support of clients with communication disorders might also be effective, especially in combination with the above mentioned measures.

9 Seznam literatury

CSÉFALVAY, Z. 2003a. Diagnostika afázie. In LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2003. s. 202–236. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Z. 2003b. Diagnostika dysartrie. In LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál, 2003. s. 237–250. ISBN 80-7178-801-5.

CSÉFALVAY, Z. et al. 2007. *Terapie afázie*. Praha : Portál. ISBN 978-80-7367-316-1.

CSÉFALVAY, Z., KOŠTÁLOVÁ, M. 2013. Diagnostika afázie. In CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha : Portál, 2013. s. 83–116. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Z., MEKYSKA, J., KOŠTÁLOVÁ, M. 2013. Diagnostika dysartrie. In CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. et al. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha : Portál, 2013. s. 117–143. ISBN 978-80-262-0364-3.

CSÉFALVAY, Z., LECHTA, V. et al. 2013. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti u dospělých*. Praha : Portál. ISBN 978-80-262-0364-3.

ČECHÁČKOVÁ, M. Afázie. 2007. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2007. s. 147–180. ISBN 978-80-7367-340-6.

DVOŘÁČKOVÁ, D. 2012. *Kvalita života seniorů v domovech pro seniory*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-4138-3.

DVOŘÁK, J. 2003. *Vývojová verbální dyspraxie*. Žďár nad Sázavou : Logopedické centrum. ISBN 80-902536-5-2.

ERIKSON, E. H. 2002. *Dětství a společnost*. Praha : Argo. ISBN 80-7203-380-8.

FUKANOVÁ, V. 2007. Koncepce logopedické péče. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2007. s. 45–49. ISBN 978-80-7367-340-6.

GAVORA, P. 2000. *Úvod do pedagogického výzkumu*. Brno : Paido. ISBN 80-85931-79-6.

HABART, P. 2006. *Vybrané problémy a otázky institucionální péče o seniory v České republice*. Praha. Dizertační práce. Univerzita Karlova v Praze, Fakulta sociálních věd.

HAŠKOVCOVÁ, H. 2010. *Fenomén stáří*. 2. přeprac. vyd. Praha : Havlíček Brain Team. ISBN 978-80-87109-19-9.

CHRÁSKA, M. 2007. *Metody pedagogického výzkumu*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-1369-4.

JIRÁK, R. et al. 1999. *Demence*. Praha : Maxdorf. ISBN 80-85800-44-6.

JIRÁK, R. 2009. Přehled demencí. In JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et al. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha : Grada Publishing, 2009. ISBN 978-80-247-2454-6.

JIRÁK, R., HOLMEROVÁ, I., BORZOVÁ, C. et al. 2009. *Demence a jiné poruchy paměti. Komunikace a každodenní péče*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2454-6.

KALVACH, Z. et al. 1997. *Úvod do gerontologie a geriatrie, 1. díl*. Praha : Karolinum. ISBN 80-7184-366-0.

KAULFUSSOVÁ, J. 2007. Dysfagie: poruchy polykání a příjmu potravy. In ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Portál, 2007. s. 551–561. ISBN 978-80-7367-340-6.

KLENKOVÁ, J. 2006. *Logopedie*. Praha : Grada. ISBN 80-247-1110-9.

KOPEČNÝ, P. 2014. *Logopedická intervence u osob se zdravotním postižením ve věku mladé dospělosti*. Brno : Masarykova univerzita. ISBN 978-80-210-7339-5.

KOUKOLÍK, F., JIRÁK, R. 1998. *Alzheimerova nemoc a další demence*. Praha : Grada Publishing. ISBN 80-7169-615-3.

- LANGMEIER, J., KREJČÍŘOVÁ, D. 1998. *Vývojová psychologie*. 3. přeprac. vyd. Praha : Grada. ISBN 80-7169-195-X.
- LECHTA, V. et al. 2003. *Diagnostika narušené komunikační schopnosti*. Praha : Portál. ISBN 80-7178-801-5.
- LECHTA, V. et al. 2011. *Terapie narušené komunikační schopnosti*. 2. vyd. Praha : Portál. ISBN 80-7178-961-5.
- MŮHLPACHR, P. (ed.) 2005. *Schola gerontologica*. Brno : Masarykova univerzita. ISBN 80-210-3838-1.
- NEUBAUER, K. et al. 2007. *Neurogenní poruchy komunikace u dospělých*. Praha : Portál. ISBN 978-80-7367-159-4.
- PACOVSKÝ, V. 1990. *O stárnutí a stáří*. Praha : Avicenum. ISBN 80-281-8076-8.
- ROUBÍČKOVÁ, J. 1999. Kognitivně-komunikační poruchy pravé hemisféry. *Diagnostika a terapie poruch komunikace*. Ročník II., s. 12-15. ISSN 1212-1058.
- SCHULER, M., OSTER, P. 2010. *Geriatric od A do Z pro sestry*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-3013-4.
- SOVÁK, M. et al. 1965. *Logopedie*. 3. uprav. vyd. Praha : SPN.
- ŠKODOVÁ, E., JEDLIČKA, I. 2007. *Klinická logopedie*. 2. aktualiz. vyd. Praha : Portál. ISBN 80-7178-546-6.
- TOPINKOVÁ, E. 2005. *Geriatric pro praxi*. Praha : Galén. ISBN 80-7262-365-6.
- VÁGNEROVÁ, M. 2007. *Vývojová psychologie II. Dospělost a stáří*. Praha : Karolinum. ISBN 978-80-246-1318-5.
- VENGLÁŘOVÁ, M. 2007. *Problematické situace v péči o seniory*. Praha : Grada Publishing. ISBN 978-80-247-2170-5.

10 Seznam elektronických zdrojů

BURCIN, B., KUČERA, T. 2010. *Prognóza populačního vývoje České republiky na období 2008–2070* [online]. Praha : MPSV ČR. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognóza_2010.pdf>.

BARTOŇOVÁ, J. 2005. Modely rodinné péče o starého člověka. In JEŘÁBEK, H. et al. *Rodinná péče o staré lidi* [online]. PRAHA : UK FSV CESES, 2005, s. 28–41. ISSN: 1801-1519. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z WWW: <http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf>.

BARVÍKOVÁ, J. 2005. Rodinná péče a profesionální péče. In JEŘÁBEK, H. et al. *Rodinná péče o staré lidi* [online]. PRAHA : UK FSV CESES, 2005, s. 58–70. ISSN: 1801-1519. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z WWW: <http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf>.

BIERNÁTOVÁ, O., SKŮPA, J. 2011. *Bibliografické odkazy a citace dokumentů dle ČSN ISO 690 (01 0197) platné od 1. dubna 2011* [online]. Brno. [cit. 2016-03-22]. Dostupné z WWW: <<http://www.citace.com/CSN-ISO-690.pdf>>.

BLAKE, M. L. 2007. Perspectives on Treatment for Communication Deficits Associated With Right Hemisphere Brain Damage. *American Journal of Speech-Language Pathology* [online]. ISSN 1058-0360. [cit. 2015-12-15]. Dostupné z WWW: <https://www.researchgate.net/publication/5875803_Perspectives_on_Treatment_for_Communication_Deficits_Associated_With_Right_Hemisphere_Brain_Damage>.

BRATKOVÁ, E. 2008. *Metody citování literatury a strukturování bibliografických záznamů podle mezinárodních norem ISO 690 a ISO 690-2 : metodický materiál pro autory vysokoškolských kvalifikačních prací* [online]. Verze 2.0, aktualiz. a rozšíř., Praha : Odborná komise pro otázky elektronického zpřístupňování vysokoškolských kvalifikačních prací, Asociace knihoven vysokých škol ČR. [cit. 2016-03-22]. Dostupný z WWW: <<http://www.evskp.cz/SD/4c.pdf>>.

ČSÚ. 2013a. *Projekce obyvatelstva České republiky* [online]. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z WWW: <<https://www.czso.cz/documents/10180/20567167/402013u.pdf/3cd c1b6f-9334-429e-99e6-f72b4047bee3?version=1.0>>.

ČSÚ. 2013b. *Projekce obyvatelstva (1950–2101)* [online]. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z WWW: <http://www.czso.cz/staticke/animgraf/projekce_1950_2101/index.htm>.

HAPALOVÁ, R. 2011. *Logopedická intervence u seniorů v rezidenčním prostředí* [online]. Praha. Diplomová práce. Masarykova univerzita v Brně, Pedagogická fakulta. [cit. 2015-10-10]. Dostupné z WWW: <http://is.muni.cz/th/246551/pedf_m/DIPLOMOVA_PRACE.pdf>

JEŘÁBEK, H. et al. 2005. *Rodinná péče o staré lidi* [online]. PRAHA : UK FSV CESES. ISSN: 1801-1519. [cit. 2015-11-20]. Dostupné z WWW: <http://www.ceses.cuni.cz/CESES-20-version1-sesit05_11_jerabek.pdf>.

KOŠTÁLOVÁ, M., BEDNAŘÍK, J., MECHL, M., VOHÁŇKA, S. 2006. *Multimediální výukový atlas poruch řeči a příbuzných kognitivních funkcí* [CD]. Brno : Masarykova univerzita.

LASOTOVÁ, N., BEDNAŘÍK, J. 2013. *Koncept péče o neurogenní dysfagie* [online]. [cit. 2015-12-06]. Dostupné z WWW: <<http://www.fnbrno.cz/nemocnice-bohunice/neurologická-klinika/koncept-pece-o-neurogenni-dysfagie/t4942>>.

LEON, S. A., RODRIGUEZ, A. 2008. Aprosodia and Its Treatment. *Perspectives on Neurophysiology and Neurogenic Speech and Language Disorders* [online]. ISSN 1940-7777. [cit. 2015-12-15]. Dostupné z WWW: <https://www.researchgate.net/publication/258480766_Aprosodia_and_Its_Treatment>.

MPSV ČR. 2015. *Senioři a politika stárnutí. Příprava na stárnutí v České republice* [online]. Praha : MPSV ČR. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/8842/Prognoza_2010.pdf>.

MPSV ČR. 2007. *Registr poskytovatelů sociálních služeb* [online]. Praha : MPSV ČR. [cit. 2015-11-02]. Dostupné z WWW: <<http://www.mpsv.cz/cs/3880>>.

TOMPKINS, C. A. 2012. Rehabilitation for Cognitive-Communication Disorders in Right Hemisphere Brain Damage. *Physical Medicine and Rehabilitation* [online]. Volume 93. [cit. 2015-12-15]. Dostupné z WWW: <[http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993\(11\)00942-7/fulltext](http://www.archives-pmr.org/article/S0003-9993(11)00942-7/fulltext)>.

Vyhláška č. 350/2015 Sb., kterou se mění vyhláška Ministerstva zdravotnictví č.34/1998 Sb., kterou se vydává seznam zdravotních výkonů s bodovými hodnotami, ve znění pozdějších předpisů [online]. Praha : MZ ČR. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z WWW: <http://www.mzcr.cz/Legislativa/dokumenty/vyhlaska-c350/2015-sb-kterou-se-meni-vyhlaska-ministerstva-zdravotnictvi-c_11169_2439_11.html>.

Vyhláška č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách [online]. Praha : MPSV ČR. [cit. 2015-12-06]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/11911/vyhlaska_505-2006.pdf>.

WHO. 2015. *World report on ageing and health* [online]. Luxembourg : WHO. [cit. 2016-01-10]. Dostupné z WWW: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186463/1/9789240694811_eng.pdf>.

Zákon č. 96/2004 Sb., o podmínkách získávání a uznávání způsobilosti k výkonu nelékařských zdravotnických povolání a k výkonu činností souvisejících s poskytováním zdravotní péče a o změně některých souvisejících zákonů (zákon o nelékařských zdravotnických povoláních) [online]. [cit. 2016-02-20]. Dostupné z WWW: <<https://portal.gov.cz/app/zakony/zakon.jsp?page=0&nr=96~2F2004&rpp=15#seznam>>.

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů [online]. [cit. 2015-12-6]. Dostupné z WWW: <http://www.mpsv.cz/files/clanky/7372/108_2006_Sb.pdf>.

11 Seznam příloh

Příloha č. 1: Dotazník pro pracovníky domovů pro seniory

12 Seznam obrázků

Obrázek č. 1: Věková struktura obyvatelstva v ČR k 31. 12. 2013.....s. 18

Obrázek č. 2: Projekce věkové struktury obyvatelstva v ČR k 1. 1. 2050.....s. 18

13 Seznam tabulek

Tabulka č. 1: Geriatrické syndromy (Topinková, 2005, s. 10)	17
Tabulka č. 2: Základní charakteristika klinických syndromů afázie dle Bostonské klasifikace (Cséfalvay et al., 2007, s. 18)	22
Tabulka č. 3: Základní soubor – počet domovů pro seniory dle Registru poskytovatelů sociálních služeb ke dni 18. 11. 2015	47
Tabulka č. 4: Výběrový soubor – návratnost dotazníků celkem i podle krajů.....	47
Tabulka č. 5: Porovnání zastoupení respondentů podle krajů a zastoupení domovů pro seniory podle krajů.....	48
Tabulka č. 6: Pracovní pozice respondentů.....	50
Tabulka č. 7: Délka praxe respondentů v oboru	51
Tabulka č. 8: Kapacita sledovaných domovů pro seniory	52
Tabulka č. 9: Věkové kategorie klientů sledovaných domovů pro seniory	53
Tabulka č. 10: Stupně závislosti klientů sledovaných domovů pro seniory	55
Tabulka č. 11: Nejčastější onemocnění klientů domovů pro seniory	56
Tabulka č. 12: Nabídka terapií v domovech pro seniory	57
Tabulka č. 13: Proškolení zaměstnanců v oblasti logopedie	58
Tabulka č. 14: Způsob proškolení zaměstnanců v oblasti logopedie.....	59
Tabulka č. 15: Výskyt narušené komunikační schopnosti u klientů v domovech pro seniory	60
Tabulka č. 16: Zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory.....	61
Tabulka č. 17: Způsoby zajištění logopedické intervence	63
Tabulka č. 18: Způsoby úhrady logopedické intervence	64
Tabulka č. 19: Frekvence poskytování logopedické intervence	65
Tabulka č. 20: Důvody neposkytování logopedické intervence	66
Tabulka č. 21: Postoje pracovníků k potřebnosti logopedické intervence u seniorů	69
Tabulka č. 22: Postoje respondentů k potřebnosti logopedické intervence u seniorů z hlediska typů onemocnění.....	70
Tabulka č. 23: Podmínky pro zajištění či rozšíření logopedické intervence v domovech pro seniory.....	71
Tabulka č. 24: Pomocná tabulka pro ověření hypotézy H_1	74

Tabulka č. 25: Pomocná tabulka pro ověření hypotézy H_2	75
Tabulka č. 26: Kontingenční tabulka pro bivariační analýzu	76

14 Seznam grafů

Graf č. 1: Porovnání zastoupení respondentů podle krajů a zastoupení domovů pro seniory podle krajů.....	49
Graf č. 2: Rozložení respondentů z hlediska jejich pracovní pozice	50
Graf č. 3: Délka praxe respondentů v oboru	52
Graf č. 4: Kapacita sledovaných domovů pro seniory	53
Graf č. 5: Věkové kategorie klientů sledovaných domovů pro seniory	54
Graf č. 6: Stupně závislosti klientů sledovaných domovů pro seniory	55
Graf č. 7: Nejčastější onemocnění klientů domovů pro seniory	56
Graf č. 8: Nabídka terapií v domovech pro seniory	58
Graf č. 9: Proškolení zaměstnanců v oblasti logopedie	59
Graf č. 10: Výskyt narušené komunikační schopnosti u klientů v domovech pro seniory	61
Graf č. 11: Zajištění logopedické intervence v domovech pro seniory.....	62
Graf č. 12: Hlavní důvody neposkytování logopedické intervence (procentuální zastoupení z celkového počtu respondentů).....	68
Graf č. 13: Postoje pracovníků k potřebnosti logopedické intervence u seniorů.....	69
Graf č. 14: Postoje respondentů k potřebnosti logopedické intervence u seniorů z hlediska typů onemocnění (% zastoupení odpovědí na celkovém počtu respondentů).....	70